

**FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS**

ANNÉE 1971

N° 13

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Daniel **DERVAL**

né le 27 Mars 1940 à VERN-D'ANJOU (Maine-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le

9 JUIL. 1971

La stérilisation féminine chirurgicale

TECHNIQUES et INDICATIONS

(A propos de 327 observations)

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY

**FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS**

ANNÉE 1971

N°.....

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Daniel DERVAL

né le 27 Mars 1940 à VERN-D'ANJOU (Maine-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le

La stérilisation féminine chirurgicale

TECHNIQUES et INDICATIONS

(A propos de 327 observations)

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE



la stérilisation féminine chirurgicale

FACULTE MIXTE

de MEDECINE et de PHARMACIE d'ANGERS

16, Bd Daviers - 87.76.22

DOYEN	M. RENIER	19, rue La Fontaine
Assesseur	M. GERMAIN	18, quai des Carmes
Secrétaire	M. MAILLEUX	23, rue Rousseau

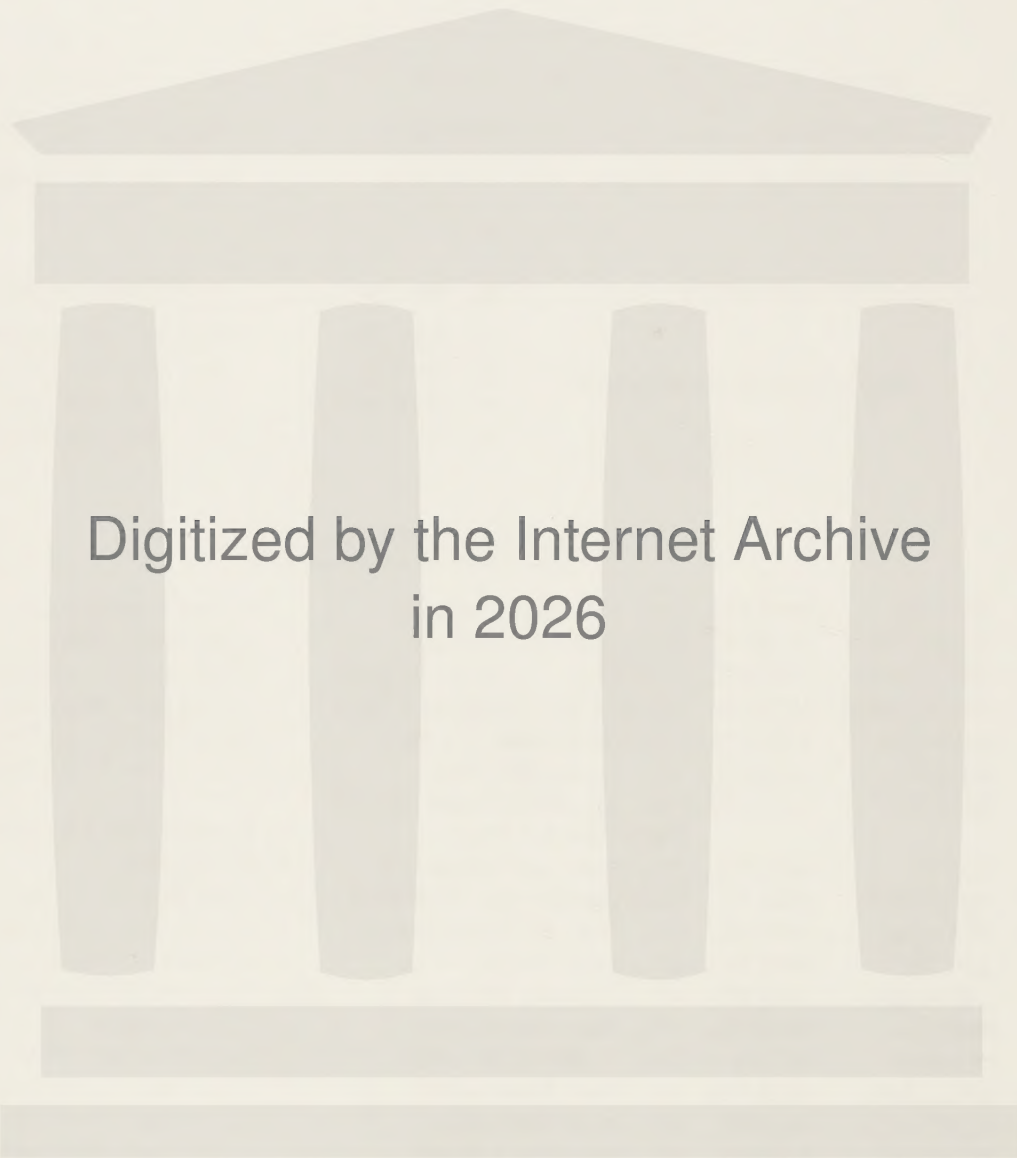
DOYEN HONORAIRE	M. ROUCHY	1, place de Lorraine
PROFESSEURS HONORAIRES	{ M. AMSLER	8, rue de Bel-Air
	{ M. DAVID	6, rue de la Gare
	{ M. ROUSSEAU	12, bis rue des Arènes
	{ M. HY	4, bis rue Hanneloup

PROFESSEURS TITULAIRES

M.M.	COTTIN	ANGERS, 26, rue des Arènes	Chimie Générale
	DELAITRE	ANGERS, 20, avenue Vauban	Clinique Médicale Infantile
	DESJOBERT	CHATEAU-GONTIER, 7, rue Thiers	Pharmacie Chimique
	FRESSINAUD	ANGERS, 5, avenue Jeanne d'Arc	Clinique Médicale B
	GERMAIN	ANGERS, 18, quai des Carmes	Botanique et Cryptogamie
	GOYER	ANGERS, 12, rue Rabelais	Clinique Chirurgicale B
	GUERIN	AVRILLE, 6, av. Foulques Nerra Parc de la Haye	Biophysie Médicale
	GUNTZ	ANGERS, 16, rue La Fontaine	Anatomie
	HERISSET	ANGERS, Résidence des Plantes	Matière Médicale
	HERMANN	ANGERS, 21, rue du Quinconce	Clinique Ophtalmologique
	JOLIVET	ANGERS, 27, rue Hoche	Chimie Analytique
	LAFARGUE	ANGERS, 67, rue du Bellay	Pharmacie Galénique
	MARTIN	ANGERS, 17, rue Hanneloup	Pathologie Chirurgicale
	MENARD	BECON - les - GRANITS (49)	Hygiène et Médecine Sociale
	NAULLEAU	ANGERS, 18, rue Rabelais	Clinique Chirurgicale A
	OURY	ANGERS, 66, rue Rabelais	Clinique Pneumo-Phtisiologique
	PERREAU	ANGERS, 19, rue Paul Bert	Clinique Médicale A
	REBEL	ANGERS, 74, rue du Bellay	Histologie
	RENIER	ANGERS, 19, rue La Fontaine	Clinique Rhumatologique
	ROUCHY	ANGERS, 1, place de Lorraine	Clinique Gynécologique et Obst.
	SIMARD	ANGERS, Résidence Anjou Bt B Rte des Ponts de Cé	Anatomie Pathologie

PROFESSEUR TITULAIRE à TITRE PERSONNEL

HOCQUET	BOUCHEMAINE, 5 domaine de la Croisette	Parasitologie.
---------	---	----------------



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545934_0006

PROFESSEURS SANS CHAIRE

BONNIOT	AVRILLE 74, av. du Cdt. Ménard	Clinique Médicale B
JOUBAUD	ANGERS 9, rue Proust	Méd. Gén. et Expériment
PARSY	ANGERS 35, avenue Jeanne d'Arc	O.R.L
PERTUS	STE GEMMES SUR LOIRE La Cheneraie	Urologie
ROGNON	ANGERS 49, bd du Roi René	Chirurgie Générale.
TADEI	ERIGNE 18, avenue des Marronniers	Méd. Gén. et Cardiologi

AGREGES

GOLDEWSKI	PARIS 9° 50, rue de Chateaudun	Neurologie
TESTARD	ANGERS 2, place André Leroy	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

ALLAIN	ANGERS 6, avenue Pasteur	Pharmacologie
AUGEREAU	PARIS 14° 132, bd Montparnasse	Pharmacodynamie
BREGEON	ANGERS 28, bis rue de Brissac	Rhumatologie
CAVELLAT	BOUCHEMAINE 8, domaine de la Croisette	Anesthésie-Réanimation
CAVELLAT	BOUCHEMAINE 8, domaine de la Croisette	Anesthésie-Réanimation
CARON	ANGERS 35, avenue Jeanne d'Arc	Electroradiologie
COULLAUD	ANGERS 25, rue d'Alsace	Physiologie
DESNOS	ANGERS 26, rue du Dr Guichard	O.R.L
EMILE	ANGERS 4, place de Lorraine	Neurologie
FRESNEAU	ANGERS 38, place Bichon	Médecine Interne
GIRAULT	ANGERS 41, rue de Belgique	Biochimie Médicale
GROSIEUX	ANGERS 50, bd du Roi René	Gynécologie-Obstétrique
HUREZ	AVRILLE 16, esplanade du Val d'Or	Hématologie-Immunologie
HUYGHES-		
DESPOINTES	AVRILLE 10, av Jean Lurçat	Biochimie Médicale
LARGET-PIET	ANGERS 29, rue des Arènes	Pédiatrie Génétique
LARRA	ANGERS 18, rue de la Fontaine	Histologie
PILLET	ANGERS 18, rue Létenduère	Anatomie
PILLOT	ANGERS 307, route de Paris	Bactériologie.
PLANE	ANGERS 39, avenue Jeanne d'Arc	Chirurgie Générale
PRELOT	PARIS 12, 11, rue du Docteur Goujon	Physiologie-Zoologie
QUERO	NEUILLY/SEINE 92 90, av. de Neuilly	Microbiologie
RIBERI	ANGERS 6, rue Bigot	Médecine Interne
SCHNITZLER	ANGERS 2, rue Gay Lussac	Dermatologie Vénérolog

DELEGUES DANS LES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFERENCES

MARTIN FRERE	ST MANDE 94 4, av. Herbillon	Chimie Gén. et Minérale
THUILLIER	NEUILLY/SEINE 92 6, pl. Winston Churchill	Chimie Biologique
VALTON	LA CELLE ST CLOUD 78 6, allée des Bouvreuils	
	Domaine de St François d'Assise	Médecine Légale
WARTEL	ESVRES 37 Clinique du Domaine de Vontes	Psychiatrie

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur ROUCHY

Président du Centre Universitaire d'ANGERS

Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique

Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré le sujet de
cette thèse qu'il nous fait l'
honneur de présider.

Surtout, par sa large expérience
et sa bienveillante autorité, il
nous a appris et fait aimer la
Gynécologie et l'Obstétrique.

Qu'il trouve ici le témoignage de
notre profond respect et de notre
gratitude.

A notre Jury de Thèse :

Monsieur le Professeur GOYER

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Sa bienveillante rigueur a guidé
nos premiers pas en chirurgie.

Qu'il soit assuré de notre pro-
fonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur PERREAU

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d' Honneur

Il a simplifié et clarifié notre
sens de l'observation clinique.

En remerciement de l'accueil que
nous avons toujours trouvé dans
son Service.

Monsieur le Professeur GROSIEUX

Maître de Conférences Agrégé
Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux

Grâce à ses conseils amicaux et à
sa patience d'enseignant souvent
mise à l'épreuve, nous lui devons
une grande partie de notre forma-
tion

A tous ceux qui nous ont formé au cours de l'Internat :

Monsieur le Professeur GUNTZ

Monsieur le Docteur VAILLANT

Monsieur le Docteur VERSTRAETE

Monsieur le Docteur DOUESNEAU

du C.H.U. d'ANGERS

à Monsieur le Docteur LE LIRZIN de la Clinique Gynécologique et Obstétricale

Nous savons combien il n'a pas
ménagé sa peine pour nous apprendre
chaque jour un peu plus.

Qu'il trouve ici l'expression du
plus grand remerciement et d'une
amitié vite conquise.

à Messieurs les Docteurs BACHAND, MERCIER, DERY, Gynécologues-Accoucheurs
de l'Hôpital de la Miséricorde à MONTREAL.

à Monsieur le Professeur DESSURAUULT, Urologue de l'Hôpital Maisonneuve
de MONTREAL.

Ils ont été pour nous l'occasion
de découvrir d'autres méthodes et
la pensée américaine.

Qu'ils en soient ici profondément
remerciés.

A nos Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur NAULLEAU

Messieurs les Professeurs DELAITRE et TESTARD

Messieurs les Docteurs BONHOMME et THUAU

Messieurs les Professeurs PERREAU, RENIER et JOUBAUD.

A mes Parents

A toute ma Famille

A mes Collègues et Amis de l'Internat d'ANGERS

SOMMAIRE

=====

	<u>Pages</u>
<u>I N T R O D U C T I O N</u>	1
Vue d'ensemble - Fréquence	3
<u>I è r e P A R T I E</u>	8
Problèmes techniques	9
- rappel des principales techniques	9
- la technique du Service	15
. Description	15
. Avantages - Inconvénients.	16
. Complications	17
. Résultats - échecs	19
<u>I I è m e P A R T I E</u>	22
Circonstances et indications	23
I - Par interventions isolées	27
II - Au cours des opérations césariennes	39
III - Au cours d'avortements thérapeutiques	65
IV - Au cours d'interventions obstétrico-gynécologiques	67
<u>I I I è m e P A R T I E</u>	72
Répercussions psycho-somatiques	73
<u>I V è m e P A R T I E</u>	78
Aspects juridiques et légaux	79
<u>C O N C L U S I O N S</u>	84
<u>B I B L I O G R A P H I E</u>	88

INTRODUCTION

Si c'est l'Anglais BLUNDELL qui , le premier en 1819, eut l'idée de faire " l'ablation d'un fragment de la trompe des deux côtés " afin d'éviter le risque d'une deuxième césarienne , si c'est l'Américain LUNGREEN qui, en 1880, a réalisé la première stérilisation tubaire, le sujet n'a de nos jours, pas perdu de son intérêt, bien au contraire. Et à une époque où les mots de contraception, eugénisme, orthogénie, d'avortement légal même, préoccupent tous les esprits, il nous a paru bon et indispensable de faire le bilan de toutes les stérilisations féminines chirurgicales que nous avons pratiquées ces vingt dernières années.

Combien ? . Comment ? et pourquoi ? Telles sont les trois principales questions que nous nous sommes posées. Pourquoi avons-nous stérilisé telle femme ou tel groupe de femmes ? ... Voilà qui est le noeud du problème, voilà, où dans un certain nombre de cas, beaucoup pourront peut-être nous contester.

Pour être mieux informé , donc plus objectif dans nos conclusions, nous aurions aimé examiner les conséquences médicales et psychologiques de cette "mutilation" comme dit le Code pénal.

Mais cette enquête constitue à elle seule, tout un chapitre que nous avons délibérément laissé de côté.

Nous ne ferons qu'effleurer les aspects juridiques et moraux que nous avons sans cesse présents à l'esprit en pareilles circonstances pour dire que, dans la pratique, notre référence est bien plutôt ce que nous appellerons le " bon sens " ou la " prudence médicale."

Nous en déduirons les conclusions pratiques.

Voyons donc plus en détail maintenant, l'importance numérique de ces stérilisations, les modalités techniques employées, et surtout, les circonstances ou indications de leur réalisation.

VUE d'ENSEMBLE - FREQUENCE

Nous avons donc revu les cas de stérilisations tubaires de ces vingt dernières années, c'est-à-dire de 1950 à 1969 inclus et ce, tant en pratique privée qu'à la Maternité du Centre Hospitalier. Il est vrai que dans les premières années, du moins, le recrutement était quelque peu différent. Mais en confondant complètement les deux statistiques, nous n'en reflétons que plus exactement la situation de notre région.

Ainsi, de façon isolée, au cours de césariennes, ou d'interventions gynécologiques, nous avons réalisé 327 " *ligatures de trompes* " réparties de la façon suivante :

de façon isolée		16
Au cours d'une intervention :		
- césarienne	295	
- avortement thérapeutique ...	2	
- intervention gynécologique .	14	311
TOTAL .		327

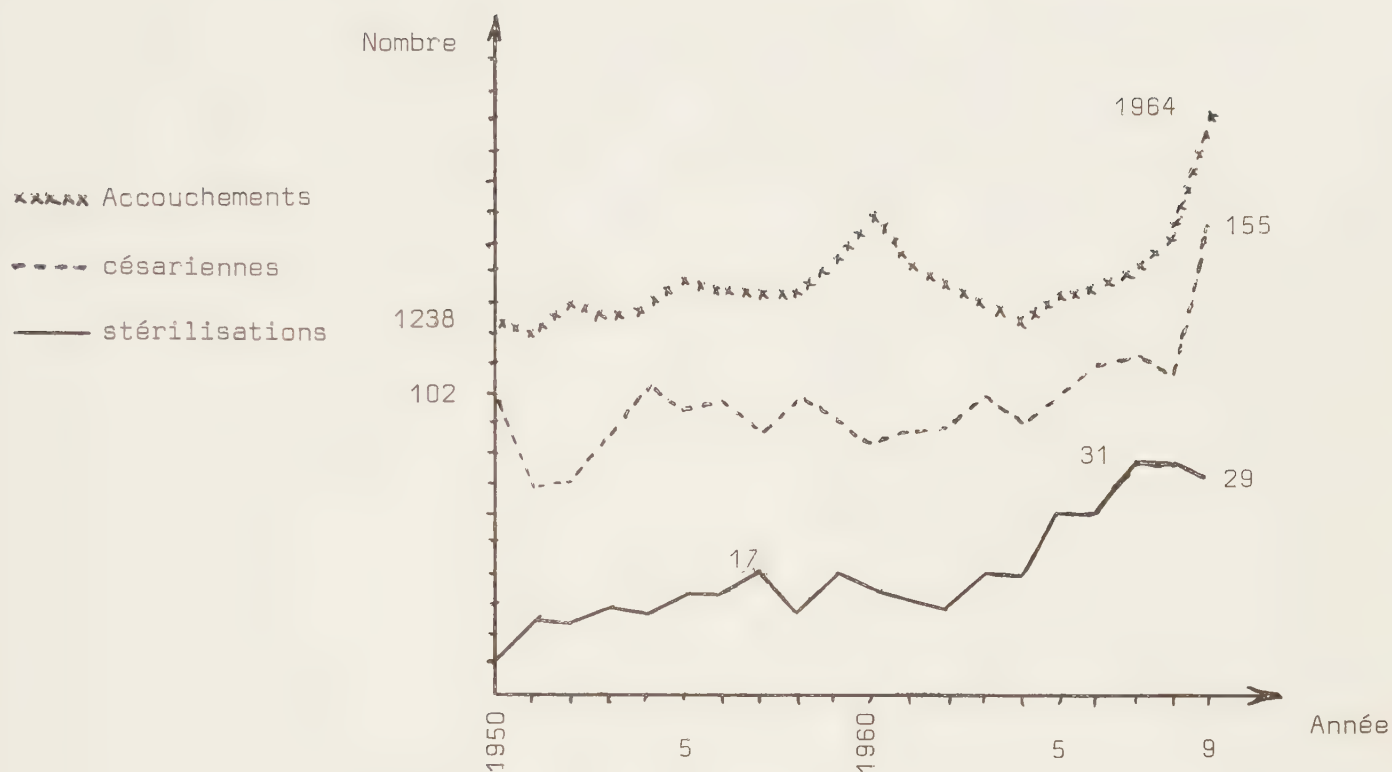
Dans la même période, nous comptons 27,703 accouchements
et 1.936 césariennes

La fréquence relative est donc de 1,18 % accouchements
et 16,94 % césariennes

Comparons maintenant avec quelques auteurs :

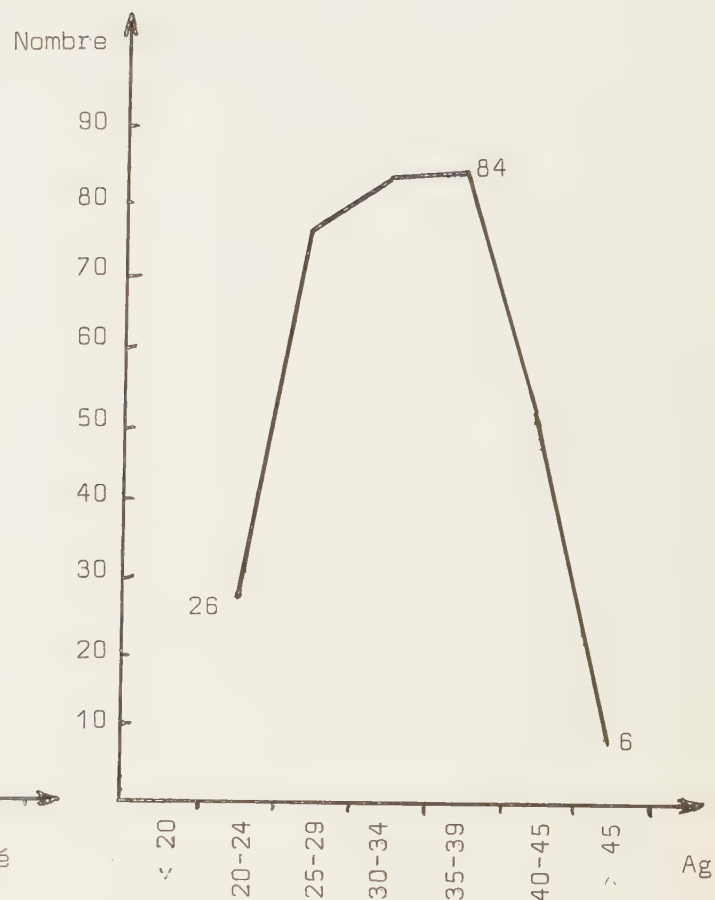
	% d'Accouchements	% de césariennes
LEPAGE (1971)	0,46 %	11 %
PIGEAU (1948-1953)	0,21 %	10 %
HARTEMANN (1960-1965)	5 %	
JAMAIN LETESSIER (1962) ...	0,083 %	1,8 %
GOSSSELIN	0,09 %	
PIRAUX et VOKAER	2,39 %	
WHITE 1949-1963 (IOWA CITY)	4,7 %	19,4 %
RICHARD et BRIANT (Ohio) ..		19 %
U. S. A. (1964)	1,4 à 4,5 %	

Devant ces pourcentages qui sont , par rapport aux auteurs français, assez élevés, et se rapprochent davantage des statistiques anglo-saxonnes, nous nous sommes demandés si nos indications n'étaient pas ou ne devenaient pas trop larges. Si certaines, nous y reviendrons, tombent facilement sous la critique, elles n'en restent pas moins inchangées au cours de ces vingt années. Témoin le graphique ci-dessous qui montre un parallélisme presque parfait entre le chiffre des accouchements, des césariennes et des stérilisations tubaires, avec même, pour la dernière année, une baisse de ces dernières , alors que les deux autres paramètres montent en flèche.



Etudiant ensuite le nombre de stérilisations en fonction de la parité, nous constatons que :

... le maximum de fréquence (34 %) se situe au niveau des troisièmes pares. Ce pic s'explique aisément, puisque comme beaucoup, nous avons une majorité de stérilisations au cours de la troisième césarienne, mais les quatrièmes et cinquièmes pares sont encore en nombre important : respectivement 17 et 10 %.



La même étude en fonction de l'âge permet de dire que :

- ... 74 % des interventions ont été faites entre 25 et 40 ans, réparties d'ailleurs de façon presque homogène dans les trois premières tranches d'âge : 25 - 29, 30 - 34, et 35 - 39.
- ... 8 % de nos femmes ont moins de 25 ans, mais 31 % moins de 30 ans.

Pour que soit plus exacte cette vue d'ensemble, il faudrait étudier le recrutement des deux centres d'accouchements auxquels

pendant les premières années surtout, on ne faisait appel que dans les cas pathologiques ou suspects. On peut cependant affirmer que ces résultats sont tout à fait comparables aux autres études françaises ou étrangères. Bien que très stable, notre tendance actuelle serait plutôt à la restriction qu'à l'élargissement des indications. Nous y reviendrons après avoir envisagé les problèmes techniques.

PREMIERE PARTIE

PROBLEMES TECHNIQUES

1) - RAPPEL des PRINCIPALES TECHNIQUES

Avant de décrire la technique appliquée dans le Service, il nous a semblé intéressant de rappeler par quelques schémas, les procédés les plus couramment utilisés actuellement et de commenter très brièvement leurs résultats. Ainsi, on peut distinguer quatre grands types d'interventions au niveau de la trompe :

- A/ *ligature simple*
- B/ *ligature + section ou résection*
- C/ *ligature + section + enfouissement*
- D/ *électrocoagulation + ou - complexe.*

A/ *ligature simple type MADLENER*

Fil non résorbable



Fil non résorbable



Ligament rond

Dans cette technique il faut saisir l'anse de la trompe avec une pince, l'écraser et mettre une ligature non résorbable à l'endroit de l'écrasement.

Cette méthode est simple, ne donne pas de complications immédiates, mais on lui attribue de 1,4 à 2 % d'échec par fistulisation due à la chute d'escarre après l'écrasement.

B/ Ligature avec section ou résection

- 1) Type POMEROY

Catgut simple

Pas
d'écrasement

Avec la technique de Pomeroy, la base de l'anse de la trompe est nouée avec du catgut chromé n° 0-0, et l'anse est coupée à son extrémité distale. La ligature est absorbée et les extrémités sectionnées se séparent ensuite.

Cette technique est, comme la précédente, simple et peut, comme elle, se réaliser soit par voie vaginale, soit par voie abdominale.

L'important est d'utiliser un matériel résorbable afin de favoriser la disjonction secondaire des extrémités après péritonisation progressive spontanée de celle-ci.

D'après Overstreet (Clinical of Obs. and Gyn. 7 mars 64), les résultats sont très différents suivant qu'on la pratique au cours ou en dehors des césariennes :

0,3 % d'échecs en dehors
mais - 2 % d'échecs au cours de celles-ci.

- 2) Résection cunéiforme : CHOSSON

Selon cette méthode, on lie et on sectionne la trompe

tout près de l'utérus, en évitant l'arcade sous-tubaire ; on procède ensuite à la résection de la portion interstitielle de la trompe selon la méthode classique de salpingectomie.

Il s'agit déjà comme on le voit, d'une intervention chirurgicale non totalement non dépourvue de risques locaux ; si elle a l'énorme avantage de supprimer la pathologie de mieux en mieux connue du moignon tubaire, ses échecs ont été considérables.

en prenant soin de péritoniser la corne à l'aide du ligament rond, il semble que l'on ramène la nombre des insuccès aux environs de 1 à 2 %.

C/ Ligature - section avec enfouissement

Il semblait logique de penser que tout procédé s'attachant à séparer les deux moignons, en enfouissant de préférence le proximal sous un feuillet péritonéal de voisinage, diminuerait d'autant les chances de reperméabilisation.

... 1°) Méthode d'IRVING

Cette méthode assez séduisante compte encore de nombreux adeptes en Amérique du Nord.

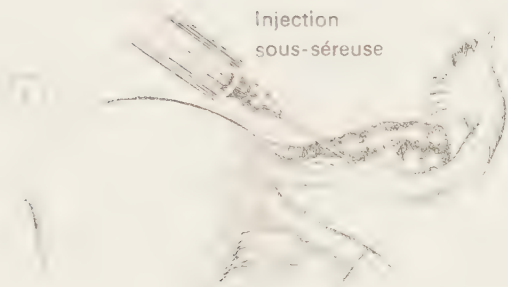


Dans la technique de Irving, les trompes sont coupées à environ 2 cm de leur insertion utérine. L'extrémité proximale est alors enfouie dans une "pochette" de la musculature utérine. L'extrémité distale de la trompe est enfouie dans les feuillets du ligament large.

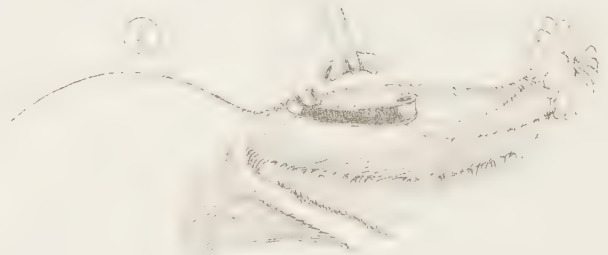
Amenant à un décollement du péritoine utérin qui précisément à cet endroit, n'est pas décollable, ce procédé comporte un risque hémorragique certain, notamment dans le post-partum immédiat.

Par contre, on lui attribue moins de 1 ‰ d'échecs

... 2°) Méthode d'UCHIDA



Ligament rond



Dans la technique d'UCHIDA la séreuse est "disséquée" de la trompe par l'injection d'une solution saline adrénalinée. Le mesosalpinx est incisé sur ce "ballonnement" et un fragment tubaire de 5 cm est excisé entre 2 ligatures de catgut chromé n° 0. Le mesosalpinx est alors fermé sur l'extrémité proximale, tandis que le bout distal est attaché de façon à ce qu'il fasse saillie dans la cavité péritonéale.

Cette méthode est de réalisation simple, respecte théoriquement l'arcade sous-tubaire et donc éventuellement, la vascularisation de l'ovaire ; elle paraît très sûre puisqu'au Congrès Mondial des Gynécologues et Obstétriciens de NEW YORK, en avril 1970, l'auteur lui-même, relateit qu'il n'avait aucun échec sur 5.000 cas.

D/ Méthode avec électrocoagulation

. 1°) Après laparotomie : procédé de LYONS modifié par GRANJEON et LOFREDO



Fig. 1 — Incision au bord postéro-inférieur de la trompe.

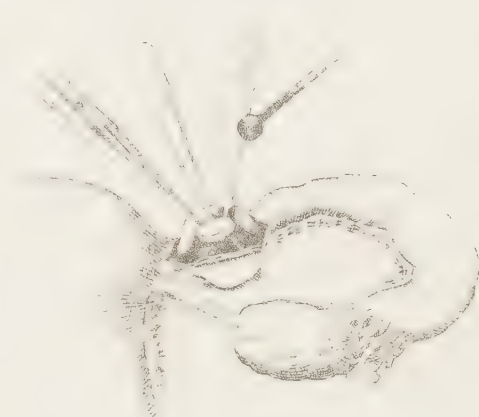


Fig. 4. — Triple électrocoagulation sur pinces fines.

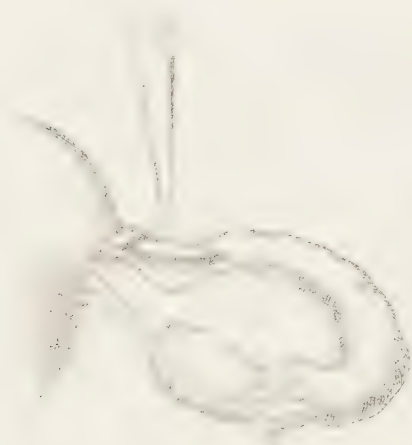


Fig. 2 — De section de la trompe.

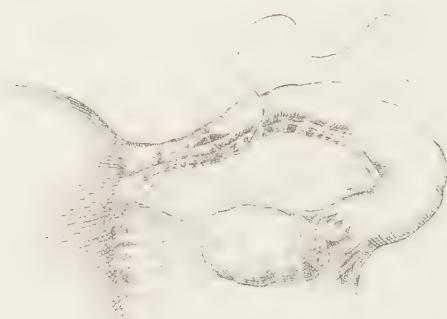


Fig. 3 — Suture péritonéale.

Cette technique de réalisation minutieuse respecte elle aussi, l'arcade sous-tucale et se termine par une péritonisation vraie. On pourrait lui reprocher de laisser trop en contact les extrémités tubaires : quoiqu'il en soit, en 1962, les auteurs eux-mêmes, sur 16 cas, ne comptaient aucune complication immédiate, ni aucune reperméabilisation vérifiée parfois par une insufflation tubaire kymographique ou hystérosalpingographie (mais un recul suffisant leur manquait à ce moment).

. 2°) Par voie coelioscopique : Procédé de PALMER



— Section électro-coagulation des isthmes tubaires avec la pince à biopsies laparoscopiques de Riddock. Vue générale du petit bassin obtenue avec le coelioscope de Drapier, introduit à la hauteur de l'ombilic, et très peu enfoncé. L'appareil de Riddock avait été introduit par une boutonnière au niveau du point de Mac-Burney.

Cette technique bien sûr, évite une laparotomie, mais elle suppose un opérateur ayant une grande habitude de la coelioscopie.

Même dans ces conditions, on s'expose à une hémorragie soit immédiate par coagulation insuffisante de l'arcade sous-tubaire, soit secondaire contemporaine de la chute de l'escarre constante dans ce cas ; le risque de fistulisation se semble donc pas

2) - La TECHNIQUE du SERVICE

A. DESCRIPTION

Quelques schémas, là encore, feront mieux qu'un long texte, comprendre cette technique que nous appellerons ligature - section - adossement.



Fig. 1. Double ligature du tiers interne de la trompe au nylon tressé n° 0, passé à l'aiguille de Reverdin mousse



Fig. 2. Section de la trompe et du mésosalpinx (celui-ci sur 2 cm environ) au bistouri électrique.



Fig. 3. Passage de chacun des deux chefs à travers le mésosalpinx respectivement d'avant en arrière et d'arrière en avant.

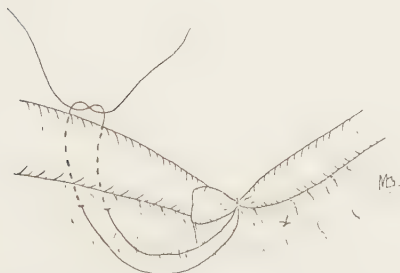


Fig. 4. Ici le noeud interne est serré et l'extrémité distale de la trompe est adossée en arrière du mésosalpinx.



Fig. 5. Image d'enroulement final des deux segments l'un sur l'autre.

Soulignons maintenant quelques points :

- Il est indispensable de procéder avec du matériel non résorbable si l'on veut que l'adossement persiste.
- Il est préférable de sectionner au bistouri électrique ce qui détruit parfaitement la muqueuse tubaire et fait l'hémostase du mésosalpinx.
- En dépliant le mésosalpinx, on peut aisément "piquer" dans les espaces avasculaires de celui-ci et ainsi éviter tout hématome.

B. INCONVENIENTS

Notre procédé :

- ... 1/ - laisse un moignon tubaire assez long
- ... 2/ - ne respecte pas le paquet vasculo-nerveux sous-tubaire. Il y a donc danger pour la vascularisation ovarienne ; de plus, nous avons fréquemment remarqué que, dans les césariennes suivies de ligature de trompes, les quarante-huit premières heures étaient plus douloureuses que dans les autres cas. Avec GRANJON et LOFREDO, nous voyons dans les sections nerveuses dues au procédé une possible explication à ces ennuis.

C. AVANTAGES

Notre technique :

- . 1) est de réalisation facile, sans complications immédiates.
- . 2) se termine par une péritonisation, sommaire certes, mais qui se complète ultérieurement, comme nous l'avons constaté au cours de quelques interventions ultérieures.
- . 3) Enfin, comme beaucoup d'autres techniques, et si l'on a bien pris soin de sectionner le plus près possible de l'utérus, elle permet une éventuelle réimplantation.

D. COMPLICATIONS

Avant d'aborder directement le chapitre des complications et des résultats, rappelons que sur les 327 cas :

- 295 sont réalisés au cours d'une césarienne
- 16 au cours d'une autre intervention gynécologique

et

- 16 seulement de façon isolée.

Précisons également que :

- la voie vaginale n'a été utilisée que dans 4 cas
- la technique précédemment décrite a été intégralement pratiquée des deux côtés dans 313 cas, ce qui constitue donc un bloc homogène valable.
- que nous avons apporté quelques variantes dans 15 cas , soit :
 - . 1 procédé de MADLENER au cours d'une cure de prolapsus vaginal
 - . 7 ligatures simples ou absence d'adossement à cause d'adhérences des deux ou d'un seul côté
 - . 1 ligature d'un seul côté, des adhérences multiples rendant impossible tout abord de l'autre
 - . 6 procédés type d'un seul côté en raison d'une annexectomie de l'autre, soit antérieure (3 cas), soit dans le même temps (3 cas).

1°/ Complications des stérilisations pratiquées au cours d'une autre intervention.

On ne peut aisément ici, distinguer la véritable cause de ces complications : on pourra souvent dire que les suites auraient été les mêmes sans "ligature" associée.

Analysons maintenant les faits et successivement :

- accidents infectieux
- accidents thrombo-emboliques
- autres

- α - *accidents infectieux* 15 cas
- fièvre isolée et inexpliquée 5 cas
 - endométrite cliniquement évidente 7 cas
- . 5 d'entre elles sont survenues après des césariennes avant tout début de travail. Il y a tout lieu de penser ici au rôle favorisant de la gêne à l'écoulement des lochies à travers un col qui ne s'est pas dilaté.
- . 6 cas sont survenus après procidence du cordon extériorisé à la vulve, avec pour le sixième, association de rupture utérine.
- Annexite : 1 cas survenant dans les suites d'une première césarienne pour insertion basse du placenta hémorragique à cinq mois et demi, et immédiatement après un épisode d'entérocolite aiguë.
 - Abscess de paroi 2 cas
- β - *accidents thrombo - emboliques* 5 cas
- Phlébite des membres inférieurs 4 cas
 - embolie pulmonaire (non mortelle) 1 cas
- γ - *accidents hémorragiques* 2 cas
- l'un immédiat après une opération césarienne pour insertion basse du placenta
 - l'autre à trois mois à l'occasion du retour de couches.
- δ - *Décès* 1 cas
- Il s'agit d'une anurie de choc survenue après une intervention pour insertion basse du placenta.

En résumé, on peut dire que dans cette série, aucune des complications n'est en rapport direct avec l'intervention sur les

trompes ou au moins que leur fréquence n'est pas accrue de façon significative par rapport à celle des césariennes simples.

2°/ Complications des stérilisations tubaires isolées

Ici, et sur 16 interventions, on note trois complications immédiates :

- un épisode de métrorragies minimes cédant spontanément
- une phlébite des membres inférieurs chez une deuxième geste de 27 ans
- un cas d'hémorragie du ligament large nécessitant une annexectomie bilatérale : c'est là notre seule complication immédiate locale en rapport direct avec le procédé.

Sans vouloir donner une valeur statistique à ces faits, on ne saurait les avoir trop présents à l'esprit. Ajoutés au risque anesthésique, ils doivent nous faire accepter ou proposer toute stérilisation isolée avec beaucoup de circonspection.

E. RESULTATS - ECHECS

La première qualité de toute technique étant d'être efficace, nous nous sommes demandé si la nôtre l'était bien.

Disons d'abord que nous avons pu vérifier l'obturation de deux façons :

- radiologiquement : 15 fois, à l'occasion d'une hystérosalpingographie pratiquée pour une pathologie ultérieure, nous avons donc objectivé le moignon proximal obturé et sans caecum.
- anatomiquement : 4 fois, en effet, quatre de nos opérées ont subi ultérieurement une hystérectomie. Le microscope a vérifié l'absence de reperméabilisation ou de fistulisation.

Mais, enfin, avons-eu des grossesses ? ...

Trois cas sont à relater :

- une grossesse est survenue l'année d'après une troisième césarienne avec "stérilisation tubaire" ; on pratique une nouvelle césarienne, ce qui permet de constater que d'un côté, c'est le ligament rond qui a été lié. On pratique une ligature du côté "oublié". Ici, la méthode n'est pas en cause.
- Le deuxième cas est plus suspect :

Au cours d'une troisième césarienne, on procède à une "ligature des trompes", mais on note une gêne à gauche en raison d'une varicocèle importante. L'année d'après, nouvelle grossesse et donc nouvelle césarienne. On note alors, du côté gauche, un magma adhérentiel qui ne permet pas de trancher nettement ; si la trompe a été liée, elle ne l'a sans doute pas été avec un matériel non résorbable puisqu'on ne retrouve pas les ligatures ! !
- Nous nous devons également de rapporter ici un cas qui n'entre pas dans notre statistique ; mais où cependant, notre procédé est en cause. Trois ans après une stérilisation pratiquée au cours d'une troisième césarienne, survient un tableau d'hémorragie interne. L'intervention pratiquée dans un service de chirurgie confirme le diagnostic : inondation péritonéale par rupture de grossesse extra-utérine et l'on retrouve un fœtus de 3 cm. environ. C'est la portion distale de la trompe gauche qui est éclatée. A l'oeil nu, on retrouve de chaque côté les deux ligatures. On procède à une salpingectomie bilatérale, mais malheureusement, les pièces ne sont pas adressées à l'Anatomo-pathologiste. On aurait en effet aimé savoir : fistulisation ou reperméabilisation ? ... A la malade, on a parlé de rupture de kyste pour éviter tout soupçon. Peut-être y a-t-il d'autres cas de ce genre que nous ignorons grâce à la courtoisie de nos confrères chirurgiens, lesquels nous évitent ainsi les " foudres " bien justifiées de certaines de nos

patientes, fut-ce au détriment de la science et d'une plus grande objectivité.

En résumé, sur ces trois cas, l'un est à mettre au passif de l'opérateur et non de la technique. Le deuxième n'est pas clair mais admettons l'échec. Quant au troisième, il semble incontestable, bien qu'il n'entre pas dans notre statistique. Si l'on veut en tenir compte, il faut alors se référer à un chiffre de stérilisations de 384, ce qui correspond à moins de 0,5 % d'échecs pour la méthode.

Cette technique occupe ainsi la toute première place dans les procédés simples et même parmi tous les procédés, apportant avec le minimum de risques, tous les avantages de l'enfouissement. Elle est utilisée dans le Service maintenant depuis plus de vingt ans et malgré les critiques que nous lui opposons nous-mêmes, elle nous donne par sa simplicité, son innocuité et son efficacité, des satisfactions qui ne peuvent que nous inciter à la conserver.

DEUXIEME PARTIE

C I R C O N S T A N C E S e t I N D I C A T I O N S

C'est maintenant le difficile problème des indications qu'il nous faut aborder.

Par souci de clarté, nous les avons regroupées en deux grands chapîtres de la façon suivante :

I - Stérilisation par intervention isolée

II - Stérilisation au cours d'une autre intervention :

- . césarienne
 - 1ère
 - 2ème
 - 3ème
 - 4ème
 - 5ème et 6ème
- . avortement thérapeutique
- . Interventions obstétrico-gynécologiques.

Dans chaque rubrique, nous avons ensuite isolé successivement les causes :

- maternelles locales, c'est-à-dire les cas où l'intégrité des organes pelviens (utérus - vessie) ou du plancher périnéal est compromise par la grossesse ou l'accouchement.

- maternelles générales, c'est-à-dire les maladies qui ont compromis les précédentes gestations ou été aggravées par elles.
 - "socio-économiques" comme disent la plupart des auteurs qui recouvrent essentiellement la grande multiparité et exceptionnellement l'âge avancé.
- fœtales, c'est-à-dire les cas où dans l'état actuel de la science, on ne peut espérer avoir un enfant viable ou "fonctionnel".

Voici donc consignées dans le tableau suivant, les circonstances et indications de nos 327 stérilisations tubaires.

(voir page suivante)

Avant d'étudier dans le détail chaque chapitre, soulignons que nous n'avons que :

- 16 stérilisations par interventions isolées
- 2 stérilisations après avortement thérapeutique
- 13 stérilisations au cours d'une intervention gynécologique

mais par contre, que la majorité, c'est-à-dire

- 295 stérilisations (soit 90,2 %) sont réalisées au cours d'une césarienne.

Définissons maintenant plus précisément, les termes utilisés :

1°) - Par hypertension artérielle, nous entendons :

- .. toute maxima supérieure à 17 au repos et en dehors de la grossesse.
- .. avec au moins, un accident évolutif
- .. général : anomalies du F.O., signes d'insuffisance ventriculaire gauche , etc ...

. ou gravidique : H.R.P. ou mort in utero

- 2°) - Par diabète, nous désignons la forme grave, juvénile ou non
- .. dont l'équilibre difficile en dehors, fut rompu par les grossesses
 - .. qui peut déjà présenter des complications générales
 - .. ou qui a entraîné au moins un accident foetal : mort in utero, gros enfant prématuré difficile à réanimer.
- 3°) - Les cardiopathies citées sont toutes décompensées
- .. soit spontanément
 - .. soit au cours de la dernière grossesse.
- 4°) - Par tuberculose pulmonaire, nous désignons la forme actuellement plus ou moins rebelle au traitement classique, avec un minimum de deux récurrences contemporaines d'une grossesse (ou dans les suites de couches immédiates).
- 5°) - L'iso-immunisation Rhésus est une indication de la stérilisation
- .. quand elle a entraîné deux morts fœtales ou néo-natales immédiates
 - .. ou quand le génie évolutif de la maladie oblige à une interruption de la grossesse à la limite de la viabilité de l'enfant.
- 6°) - La mort habituelle désigne au moins deux accidents de mort in utero au cours du travail ou immédiatement après la naissance, sans causes obstétricales ou fœtales apparentes.
- 7°) - Le chapitre des indications socio-économiques ne tient pas directement compte, comme on pourrait s'y attendre, du milieu, du revenu, ou du niveau intellectuel toujours difficile à apprécier.
- Nous n'avons retenu que deux critères :
- . l'âge qui n'est le plus souvent qu'un élément favorisant : après 40 ans, donc, nous sommes beaucoup plus larges
 - . quant au 2ème critère, la grande multiparité, nous l'avons arbitrairement fixé à partir de 7 accouchements. En 1966, un travail de P. GROSIEUX sur les "grandes multipares" avait choisi

si le chiffre de 8; mais n'est-ce pas la tendance actuelle de vouloir diminuer sans cesse, le nombre optimum d'enfants ?

Nous n'avons tenu compte des avortements qu'à partir de trois accidents; le chiffre de parité citée fait intervenir la grossesse qui se termine par la présente césarienne ou intervention.

Enfin, précisons que nous avons classé dans la rubrique rupture utérine (interventions obstétrico-gynécologiques) le cas où celle-ci fut une découverte de révision utérine après l'accouchement et dans la rubrique césarienne (avec comme indication la rupture utérine) celui où l'enfant a dû être extrait par voie haute.

CHAPITRE I - STERILISATION TUBAIRE REALISEE par INTERVENTION ISOLEE

I - CAUSES MATERNELLES GENERALES 8 cas

- . Néphropathies 2
- . Diabète 1
- . Cardiopathie 2
- . Tuberculose pulmonaire 1
- . Sclérose en plaque 2

II - CAUSES SOCIO-ECONOMIQUE 3 cas

- . Grande multiparité 3

III - RISQUE FOETAL. 3 cas

- . Iso immunisation Rhésus 2
- . Autre risque (mucoviscidose) 1

IV - TROUBLES PSYCHIATRIQUES GRAVES 2 cas

T O T A L , 16 cas

I - CAUSES MATERNELLES GENERALES

.. A) Néphropathie

Observation n° 1 - Mme M. ... 31 ans, VIIème pare

Six accouchements normaux à terme et un avortement de 5 moins 1/2 de 21 à 29 ans.

Hépatonéphrite (infectieuse ?) à 29 ans, traitée à l'Hôpital Necker à PARIS.

Nouvelle grossesse à 31 ans avec Albuminurie et Oedème.
Indication : Néphrite chronique.

Technique : Ligature des Trompes par voie médiane sous ombilicale après le retour des couches.

Observation n° 2 - Mme C. ..., 34 ans, IXème pare.

. 1ère gestation : accouchement à 6 mois 1/2. Eclampsie. Coma de 4 jours.
Enfant mort-né de 1.300 gr.

. 2ème et 3ème gestations : accouchements normaux d'enfants de 2.500 à 3.000 gr.

. 4ème gestation : accouchement à 8 mois 1/2, éclampsie, enfant mort-né de 900 gr.

. 5ème et 6ème gestations : accouchements normaux à terme d'enfants hypotrophiques de 2.500 et 2.000 gr.

. 7ème gestation : avortement de 3 mois : curetage.

. 8ème gestation : accouchement à 7 mois ; H.R.P. ; enfant mort-né de 1.600 gr.

. 9ème gestation : accouchement à 7 mois 1/2 d'un enfant bien portant de 2.140 gr.

A noter une obésité (90 kg.) et H.T.A. au repos de 15-10, avec poussée à 20-12 à chaque grossesse.

Indication : H.T.A. permanente avec toxémie récidivante ayant entraîné trois accidents foetaux. Grande multiparité.

Technique : Ligature par voie médiane sous-ombilicale après le retour de couches (2 mois).

.. B) Diabète

Observation n° 3 - Mme F. ..., 25 ans, IIIème pare

. 1ère gestation : accouchement à 7 mois, mort-né

. 2ème gestation : césarienne à 7 mois $1/2$, enfant vivant, mais grand encéphalopathe.

. 3ème gestation : Accouchement à terme : enfant mort avec omphalocèle.

Diabète connu depuis l'âge de 15 ans, difficile à équilibrer avec hospitalisations nombreuses à chaque grossesse.

Indication : Diabète grave et risque foetal surajouté

Technique : Stérilisation par voie médiane sous-ombilicale après le retour de couches (2 mois).

.. C) Cardiopathie

Observation n° 4 - Mme P. ..., 32 ans, IVème pare.

R.A.A. vers l'âge de 10 ans, dont elle a gardé un rétrécissement et une insuffisance aortique ainsi qu'un rétrécissement mitral peu serré.

A mené à bien 3 grossesses : à 21 - 22 et 26 ans avec enfants normaux.

Lors de la dernière grossesse à 32 ans : nette accentuation de la dyspnée ; apparition d'une insuffisance mitrale et aggravation du rétrécissement mitral. Cependant, accouchement normal d'un garçon de 3.560 gr.

Indication : R.A. et I.A. et constitution d'une maladie mitrale lors de la dernière grossesse.

Technique : Stérilisation par voie médiane sous-ombilicale au 4ème jour des suites de couches.

Observation n° 5 - Mme B. ..., 26 ans, IIème pare

Malade opérée d'une coarctation aortique à 20 ans ; elle garde un bloc de branche droite.

. 1ère gestation : à 25 ans, bien supportée avec accouchement à terme d'un enfant de 2.960 gr.

. 2ème gestation : à 26 ans, moins bien supportée suivie par le cardiologue qui ne trouve aucun signe clinique et électrique de décompensation.

Accouchement à 8 mois d'un enfant de 1 750 gr. qui révèle rapidement un retard psycho-moteur important.

Essai de contraception par oestro-progestatif qui est mal supporté.

Indication : cardiopathie non décompensée - risque foetal surajouté.

Technique : Stérilisation par laparotomie de Pfannenstiel 4 mois^{1/2} après l'accouchement.

.. D) Tuberculose pulmonaire

Observation n° 6 - Mme L. ..., 26 ans, IVème pare

Primo infection à 10 ans et trois séjours en préventorium durant l'enfance et l'adolescence pour l'isoler de ses parents tous les deux tuberculeux.

. 1ère gestation : à 17 ans : accouchement normal à terme et découverte d'une caverne sous-calviculaire gauche, huit semaines après.

. 2ème gestation : accouchement normal.

. 3ème gestation : grossesse tubaire : intervention conservatrice.

. 4ème gestation : à 25 ans : rechute tuberculeuse après l'accouchement.

. 5ème gestation : traitement "triple" poursuivi jusqu'à la moitié de la grossesse, mal supportée et laissant des lésions suspectes. Accouchement normal.

Indication : Tuberculose pulmonaire, fibro-caséuse, plus ou moins résistante avec poussée évolutive après au moins deux grossesses.

Technique : Stérilisation par mini-laparotomie médiane sous-ombilicale au neuvième jour des suites de couches.

... E) Sclérose en plaques

Observation n° 7 - Madame A. ..., 28 ans, IVème pare.

S.E.P. diagnostiquée à 21 ans ; troubles essentiellement cérébelleux à ce moment.

. trois grossesses à 24 - 25 et 26 ans se terminant par des accouchements normaux d'enfants bien portants.

Nouvelle poussée évolutive de la maladie après cette dernière gestation qui amène des troubles cérébelleux majeurs: (démarche titubante permanente - dysmétrie) et un état psychique alarmant (euphorie complète avec bouffée délirante).

. Une quatrième grossesse survient cependant à 28 ans avec accouchement normal et sans aggravation notable de la maladie.

Indication : S.E.P. évoluée, stade pré-grabataire.

Technique : Stérilisation par laparotomie de Pfannenstiel au 5ème jour des suites de couches.

Connaissant l'influence néfaste de la grossesse sur la S.E.P. on peut regretter de n'être pas intervenu plus tôt.

Observation n° 8 - Madame O. ..., 28 ans, IVème pare

. 3 accouchements normaux à 20 - 22 et 25 ans, d'enfants bien portants pesant aux environs de 3.500 gr.

Le diagnostic de S.E.P. est porté à l'occasion de la première poussée survenue dans les semaines suivant le troisième accouchement.

. A 27 ans, avortement de deux mois avec deuxième poussée évolutive dans les jours suivants amenant à un stade franc de la maladie.

Indication : S.E.P. aggravée par la dernière gestation.

Technique : Stérilisation par courte laparotomie médiane sous-ombilicale six mois après avortement.

Dans ce groupe où la maladie maternelle constitue l'indication unique ou au moins majeure, il est intéressant de noter que nous avons stérilisé :

- des femmes jeunes : 28,8 années d'âge moyen
- ayant peu d'enfants : 4ème pare et moins dans tous les cas sauf pour les deux observations de néphropathie qui sont respectivement 7ème et 9ème pare.

Dans 5 cas sur 8, le pronostic maternel est en jeu ; dans les trois autres, le risque foetal est une indication supplémentaire.

II - CAUSES SOCIO-ECONOMIQUES : Grande multiparité

Observation n° 9 : Mme L. ..., 36 ans, XVème pare
.....

- . 14 accouchements normaux à terme, d'enfants bien portants à la naissance (le 2ème est décédé de toxicose à l'âge de 15 jours).
- ... 1 accouchement prématuré au 8ème mois lors de la 15ème gestation
- ... 1 avortement de 2 mois lors de la deuxième grossesse.

A noter des varices énormes des membres inférieurs et une tension artérielle à 15 - 9 au repos.

Indication : Grande multiparité. H. T. A. modérée

Technique : Stérilisation par laparotomie médiane sous-ombilicale au troisième jour des suites de couches.

Observation n° 10 - Mme A. ..., 34 ans, XIIIème pare
.....

. 12 accouchements normaux à terme d'enfants pesant plus de 3.500 gr.
L' un d'eux est mort au 4ème jour.

... 1 avortement de 4 mois lors de la troisième grossesse. Con-
traception orale de quelques mois arrêtée à cause d'une
phlébite débutante.

... 13ème grossesse peu après : accouchement de triplés respec-
tivement de 2.120 - 2.195 et 2.265 gr.

AU TOTAL : 14 enfants vivants.

Indication : Grande multiparité.

Technique : Stérilisation par voie vaginale après le retour de
couches (3 mois).

Observation n° 11 - Mme A. ..., 38 ans, Xème pare
.....

. 10 accouchements normaux à terme, d'enfants bien portants sauf le
dernier qui est mongolien.

... 2 avortements de deux mois 1/2 à la 7ème et 9ème gestation
Varices importantes des membres inférieurs.

Indication : grande multiparité

Technique : stérilisation par incision de Pfannenstiel avec cure con-
comitante de hernie crurale après les règles.

Précisons ici que l'âge moyen est de 36 ans, la parité
moyenne de 12,6. La grande parité est la seule vraie grande indication
sauf dans un cas où l'hypertension artérielle ne constitue qu'un faible
argument supplémentaire.

III - RISQUE FOETAL

.. A) Iso-immunisation rhésus

Observation n° 12 - Mme F. ..., 39 ans, Vème pare.
.....

- . 1ère gestation : accouchement normal à terme d'un enfant vivant et bien portant.
- . 2ème gestation : accouchement à terme d'un enfant décédé à quelques jours d'un ictère nucléaire.
- . 3ème gestation : mort in utéro avec anasarque foeto-placentaire
- . 4ème gestation : hydramnios aigu ; accouchement à 6 mois d'un enfant mort-né de 500 gr.
- . 5ème gestation : accouchement à 8 mois d'un enfant mort-né avec anasarque foeto-placentaire.

Phénotype du mari : Cc D E

Indication : iso-immunisation rhésus sévère

Technique : Stérilisation par voie vaginale (avec colporraphie postérieure simultanée).

Observation n° 13 - Mme A. ..., 35 ans, VIème pare
.....

Gastrectomie pour ulcère à 18 ans.

- . 1ère gestation : à 22 ans : accouchement normal à terme après rupture prématurée des membranes, d'un enfant de 1.660 gr. décédé trois jours après d'hémorragie méningée.
- . 2ème gestation : accouchement normal d'un enfant de 3.510 gr Retard psychomoteur : ne parlait pas du tout à 5 ans.
- . 3ème gestation : apparition d'agglutinines irrégulières ; accouchement à terme d'un enfant de 3.350 gr. avec Coombs direct faiblement positif, non exsanguiné, mais retardé scolaire.
- . 4ème gestation : accouchement normal à terme d'un enfant de 2.850 gr rhésus positif et Coombs faiblement positif, non

exsanguiné; va bien.

- . 5ème gestation : agglutinines irrégulières positives aux 1/16ème pour le Coombs ; déclenchement à 8 mois $1/2$; noeud du cordon ; enfant rhésus négatif ; retard psycho-moteur.
- . 6ème gestation : déclenchement par ballon de Boissard à 8 mois pour suspicion d'atteinte foetale ; enfant rhésus négatif de 2.170 gr.
- . 7ème gestation : accouchement spontané à 8 mois $1/4$; enfant rhésus positif ; exsanguiné une fois.

Indication : iso-immunisation croissante , surtout misère physiologique et foetus de mauvaise qualité.

Technique : Stérilisation par laparotomie médiane sous ombilicale au quatrième jour des suites de couches.

On peut s'interroger ici sur la répercussion de la maladie hémolytique sur la qualité des enfants. N'aurions-nous pas eu la même attitude sans iso-immunisation surajoutée ?

.. B) Morts foetales et néo-natales (Mucoviscidose)

Observation n° 14 - Mme C., 39 ans, IXème pare
.....

- . 1ère gestation , à 29 ans. Accouchement normal à terme d'une fille de 3.500 gr. ayant les deux pieds bots et qui meurt un an parès de Mucoviscidose.
- . 2ème gestation : accouchement normal à terme d'un garçon de 3.700 gr. ayant lui aussi les deux pieds bots et mourant 6 semaines après de Mucoviscidose.
- . 3ème et 4ème accouchements normaux d'enfants bien portants.
- . 5ème accouchement normal d'une fille de 3.500 gr. polymalformée, qui décède quelques heures après couverte de purpura.
- . 6ème accouchement normal. R. A. S.
- . 7ème accouchement à terme d'un enfant polymalformé, mort in utéro.
- . 8ème accouchement normal à terme d'un garçon de 3.500 gr. atteint

de mucoviscidose, vivant, mais traité en centre spécialisé.

. 9ème accouchement à 6 mois $\frac{3}{4}$: hydramnios ; aspect d'anasarque foeto-placentaire. Décès quelques minutes après.

Indication : tare génétique probable ; malformations et mucoviscidose. Multiparité et iso-immunisation rhésus tardive.

Technique : Stérilisation par laparotomie médiane sous-ombilicale loin des suites de couches.

Ces trois cas n'intéressent que des femmes de plus de 35 ans, le premier cas seul comporte une indication unique.

IV - TROUBLES PSYCHIATRIQUES GRAVES

Observation n° 15 - Mme L. ..., 32 ans, 5ème pare.
.....

. 5 grossesses et accouchements normaux de gros enfants (3 de 3.500 gr et 2 de 4.500 gr.) à 21 - 22 - 23, 28 et 30 ans.
Contraception orale après la dernière gestation :
métrorragies inter-menstruelles.
Courbe d'hyperglycémie provoquée typique de para-diabète.
Troubles psychiatriques graves.

Indication : Psychose obsessionnelle.

Technique : Stérilisation par laparotomie de Pfannenstiel après les règles, à la demande du psychiatre.

Observation n° 16 - Mme B. ..., 27 ans, 11ème pare.
.....

Malade suivie par un psychiatre depuis l'adolescence.
. 1ère gestation : à 24 ans : opération césarienne corporéale pour
présentation vicieuse ? suivie d'une psychose puer-

pérale laissant la malade dans un état de confusion mentale assez important. Décès de l'enfant à 5 mois.
. 2ème gestation gémellaire, théoriquement prolongée ; extraction par césarienne de deux enfants normaux de 3.020 gr et 2.530 gr.

On constate la désunion totale de l'ancienne hystérotomie.
Dans les suites, on note une exagération du syndrome confusionnel avec bouffées d'agitation délirante.

Le Psychiatre demande la stérilisation.

Indication : troubles psychiatriques graves

Technique : Stérilisation par laparotomie médiane sous-ombilicale après les règles.

Voilà donc ces cas où, volontairement, et à la demande du couple ou du Médecin, nous avons pris un risque opératoire pour accomplir un acte réprouvé par la loi ; et ce

soit parce que la vie, la santé physique ou mentale de la mère nous paraissaient gravement compromises,

soit parce que nous avons perdu tout espoir d'obtenir pour ces femmes un enfant viable, ou tout au moins valable.

Certains peuvent paraître limites, beaucoup plus au contraire nous semblent extrêmes et parlent d'eux-mêmes. Médicalement, le "remède" apporté n'est-il pas moins dangereux que le "mal" en cours.

Voyons maintenant deux problèmes annexes :

- la voie d'abord
- le moment de l'intervention.

1°) - Le problème de la voie d'abord est secondaire. Notre technique étant difficilement réalisable par voie vaginale, nous ne l'avons donc empruntée qu'une fois et ce, parce que nous voulions,

dans le même temps, pratiquer une colporraphie antérieure. Quant au choix de l'incision de Pfannenstiel ou la petite-laparotomie médiane sous-ombilicale, il dépend essentiellement de l'état de la paroi abdominale et du moment choisi, et parfois, seulement du goût de l'opérateur.

2°) - Quant au moment de l'intervention, il ne semble pas avoir été choisi avec beaucoup de méthode ;

.. 8 stérilisations ont été pratiquées loin de tout contexte obstétrical.

Ce sont bien sûr les circonstances qui nous y ont obligés, car à partir du moment où une telle décision est prise, mieux vaut ne pas donner à la malade, une chance nouvelle de devenir enceinte. C'est donc soit que la malade nous a été adressée de l'extérieur, soit qu'il a fallu attendre la fin d'un traitement cardiologique ou psychiatrique.

.. 3 l'ont été immédiatement après le retour de couches

.. 5 fois, la stérilisation fut faite dans le post-partum immédiat :

. 1 fois au 3ème jour

. 2 fois au 4ème jour

. 1 fois au 5ème jour

. 1 fois au 9ème jour (dans le cas de la tuberculose pulmonaire, et ce sans raison apparente).

Les suites ayant été identiques, c'est-à-dire bonnes dans tous ces cas, qui sont de toute façon, trop peu nombreux pour avoir une valeur statistique, nous ne pouvons donc en tirer aucune conclusion précise.

Disons quand même, et c'est notre tendance actuelle, que si l'état de la malade le permet, le moment idéal pour une telle intervention nous semble entre le deuxième et le troisième jour du post-partum, ce qui permet de ne pratiquer qu'une "mini" laparotomie et de ne prolonger que très peu l'hospitalisation. Il paraît par contre prudent, d'administrer des ocytociques en perfusion intra-veineuse durant et juste après l'intervention.

CHAPITRE II - STERILISATION TUBAIRE au COURS des OPERATIONS CESARIENNES

Ce groupe , rappelons-le, comporte 295 cas, soit 90 % du total. Voici d'une façon générale comment ils se répartissent :

-	au cours de la première césarienne		81
-	" deuxième "		39
-	" troisième "		151
-	" quatrième "		19
-	" cinquième "		4
-	" sixième "		1

Il va sans dire que nous n'avons jamais " forcé " nos indications de césarienne afin de pratiquer une stérilisation chirurgicale : nos premières césariennes ont donc toutes, un motif obstétrical. En présence d'un utérus porteur d'une cicatrice, nous recourons aux précautions d'usage. Au delà, et bien que notre statistique présente des exceptions indépendantes de notre volonté, nous avons césarisé d'emblée.

I - STERILISATION TUBAIRE au COURS de la PREMIERE CESARIENNE

Ce groupe comprend 81 cas répartis comme suit :

A) - Risque maternel local	14 cas
B) - Causes maternelles générales	23 cas
C) - Causes socio-économiques	33 cas
D) - Risque foetal	11 cas
	81 cas

A) - RISQUE MATERNEL LOCAL :

.....

Précisons d'abord qu'une seule hystérotomie n'a jamais été pour nous, un motif suffisant pour interdire toute nouvelle grossesse. Elle nous semble même si peu dangereuse que nous laissons, comme beaucoup d'autres, volontiers accoucher par voie basse une femme antérieurement césarisée.

Ainsi, trois types de causes encourent un risque local :

- 1°) - une rupture utérine 5 cas
- 2°) - une cicatrice utérine d'autre origine 4 cas
- 3°) - après une cure de prolapsus 5 cas

1°) - Après une rupture utérine

Ce cadre comprend les cas où la rupture évidente ou non s'est produite dans le Service, ou juste avant l'arrivée de la malade, de toute façon, avant la naissance de l'enfant que nous avons été obligé d'extraire par voie haute.

Sur 5 cas, nous avons :

- . 3 ruptures franches avec enfant mort dans l'abdomen
- . 2 ruptures sous-péritonéales avec un seul des enfants vivant, le deuxième étant mort d'hématome rétro-placentaire.

L'âge moyen est de 36 ans (la plus jeune ayant 32 ans)

Pour les deux plus jeunes (32 et 35 ans) qui ne sont que des 4ème et 6ème pares, la rupture utérine est seule en cause.

Pour les trois autres (8ème, 10ème et 13ème pares) s'ajoute l'argument de la grande multiparité.

2°) - En présence d'une cicatrice utérine autre

C'est en effet une indication voisine de la précédente, mais ici, l'utérus est doublement cicatriciel. Ce cadre regroupe quatre cas :

1er_cas : femme de 41 ans, IIIème pare

qui a subi une myomectomie interstitielle après la deuxième grossesse qui était un avortement de 3 mois 1/2. Césarisée pour anomalie de la contraction utérine.

2ème_cas : Malade de 43 ans, VIème pare

a accouché 3 fois normalement, mais à la suite du troisième, en raison de métrorragies infectieuses, on a pratiqué un curetage utérin qui s'est terminé par une perforation du myomètre qu'on a dû suturer. Ont suivi deux accouchements normaux et un avortement avec curetage et la présente gestation. Césarisée pour procidence du cordon.

3ème_cas : IXème pare de 45 ans

qui a subi une myomectomie interstitielle après ses deux premières grossesses qui se sont terminées par des avortements au troisième mois.

Elle a accouché 8 fois par la suite. Césarisée pour dystocie d'engagement et souffrance foetale.

4ème_cas : femme de 39 ans, VIIème pare

2 avortements de 4 mois.

Opération de Strassman, puis 6 accouchements normaux. Césarisée pour souffrance foetale avec présentation du siège.

On peut se demander dans ces deux derniers cas si nous avons été prudents de laisser accoucher tant de fois, une femme porteuse d'un utérus cicatriciel, ou au contraire, si la cicatrice ayant fait sa preuve, celle-ci compte encore beaucoup dans l'indication de stérilisation.

3 : Après une cure de prolapsus génital

4 femmes sur 5 ont plus de 35 ans, la plus jeune n'a que 32 ans.

3 ont entre 3 et 6 enfants ; 2 sont de grandes multipares (VIIIème et XIème)

L'intervention antérieure fut :

- . dans deux cas, un procédé déjà ancien d'hystéropexie antérieure avec amputation du col et périnéorraphie postérieure.
- . dans 2 cas, la triple opération périnéale.

Dans tous les cas, la césarienne fut systématique, avec pour seule raison, l'intervention antérieure.

Nous avons mis fin à la fécondité de ces femmes essentiellement pour deux raisons :

- . toute nouvelle grossesse est synonyme de deuxième césarienne. nous craignons souvent que ces patientes aillent ailleurs, dans des petits centres mal équipés ou mal informés et qu'un accouchement provoque des délabrements importants.

B) - RISQUE MATERNEL GENERAL :

Hypertension artérielle.....	9
Néphrite.....	1
Diabète.....	4
Cardiopathies.....	7
Tuberculose pulmonaire.....	1
P. C. E.....	<u>1</u>

1°) Hypertension artérielle : 9 cas

Deux femmes ont 31 ans, une 36, et les deux autres, plus de 40 ans.

Six ont une parité supérieure à VII

Toutes ont des chiffres tensionnels supérieurs à 17-10 en dehors de la grossesse.

Il n'y a eu complications maternelles que dans trois cas :

- . 1 C. A. P.
- . 2 lésions du fond d'oeil.

Toutes, sauf une, ont eu antérieurement ou lors de la présente grossesse, des accidents gravidiques qui se répartissent comme suit :

- . 3 éclampsies
- . 2 morts in utero, avec macération
- . 1 hémorragie rétro-placentaire
- . 2 souffrances fœtales importantes.

L'opération césarienne a été décidée :

- pour risque fœtal en fonction des antécédents : 3 cas
- ou parce que d'autres raisons supplémentaires nous y obligeaient :

. SOUFFRANCE FOETALE.....	2 cas
. pré-éclampsie.....	2 cas
. hémorragie rétinienne.....	1 cas
. signe d'insuffisance cardiaque.....	1 cas

2°) Néphrite

Mme J... , 28 ans, VIème pare.

Six accouchements à terme et un avortement de 4 mois.

Lors de la première grossesse : pyélonéphrite droite

On découvre en suites de couches, une hydronéphrose bilatérale qui est traitée par urétérotomie longitudinale droite.

Lors de la deuxième grossesse : mêmes ennuis se terminant par la même intervention à gauche.

La troisième grossesse se passe sans incident.

La quatrième s'accompagne d'une crise d'urémie (0,80)

près du terme. L'enfant décède au quatrième jour. On pratique une pyéloplastie droite.

Lors de la présente grossesse : pyélonéphrite à colibactéries.

Diagnostic : infection urinaire récidivant à chaque grossesse. Néphrite ascendante.

On décide la césarienne près du terme.

3°) - Diabète : 4 cas

Dans deux cas, I^{ère} pare et VI^e pare, le diabète grave est la seule indication de l'opération césarienne pratiquée à 8 mois sur un gros enfant, et de la stérilisation tubaire.

Dans les deux autres, il s'agit aussi de diabète franc avec gros enfants, et intervention aux environs de 8 mois, mais l'âge (40 et 41 ans) est un élément supplémentaire et chez l'une d'elles, existe en plus un antécédent de perforation utérine avec péritonite secondaire, réalisée au cours d'une embryotomie.

4°) - Cardiopathies : 7 cas

Parité moyenne : 5,6 avec cinq femmes sur sept ayant 4 et 5 enfants.

Age moyen : 33 ans avec deux jeunes femmes de 21 et 24 ans, les autres ayant 34 ans et plus.

Les maladies cardiaques en cause sont six fois sur sept les conséquences de la maladie de Bouillaud :

- . 4 maladies mitrales dont 3 se sont compliquées d'accidents évolutifs.
- . 1 rétrécissement mitral avec début d'insuffisance ventriculaire gauche.
- . 1 suspicion d'endocardite d'Osler provoquant à 8 M. 1/2 (21 ans) une brusque décompensation, alors que depuis la crise initiale rhumatismale à 12 ans, aucun incident n'était survenu.
- . Quant à la dernière observation, il s'agit d'une femme de 37 ans qui a été opérée d'une coarctation aortique à 19 ans.

5°) - Tuberculose pulmonaire : 1 cas

Il s'agit d'une Ve pare de 33 ans dont la tuberculose a été diagnostiquée lors de la première grossesse. Elle a dû subir lors de la troisième, une pneumonectomie droite. Elle a accouché une fois ensuite ; lors de la présente grossesse, est apparue une gêne respiratoire notable avec épreuves fonctionnelles perturbées qui ont fait décider l'interruption de la grossesse à 8 mois.

6°) - Polyarthrite chronique rhumatoïde

IVe pare de 30 ans, Mme L..., a constitué en quelques mois, à 25 ans, après un quatrième accouchement, une forme grave de P. C. R.; 5 ans plus tard, elle devient à nouveau enceinte et entre en travail à 7 mois 1/2 ; une souffrance foetale oblige à intervenir.

C) - RAISONS SOCIO-ECONOMIQUES :

1°) - Grande multiparité : 9 cas

Dans ce groupe, la parité moyenne est de 10,7.

Nous avons stérilisé :

- . 3 femmes de moins de 35 ans
- . 12 entre 35 et 40 ans
- . 14 après 40 ans.

Les indications des césariennes se répartissent de la façon suivante :

- 9 insertions basses du placenta
- 6 souffrances foetales (sur toxémie surtout)
- 5 dystocies dynamiques dont 2 avec présentation du siège
- 4 procidences du cordon (dont 3 sur présentation transversale)
- 2 présentations transversales isolées
- 1 présentation transversale avec fibrome praevia
- 1 hémorragie rétro-placentaire
- 1 intervention simultanée pour cholécystite aigüe.

A noter que dans un cas de placenta praevia (1966), nous avons perdu nonseulement l'enfant, mais la mère par anurie après un choc particulièrement intense.

2 - Age - 4 cas

Ces femmes ont 40 ans et plus (âge moyen 40,5 ans).
Pour deux d'entre elles, IIe et Ve pare, l'âge est vraiment la seule raison qui puisse être invoquée.

Pour les deux autres, on arrive à la limite de la grande multiparité :

- . 1'une est une VIe pare - VIIe geste
- . 1'autre Ve pare - VIIIe geste a subi 3 curettages qu'on sait n'être pas toujours très respectueux du myomètre ; de plus, le motif de la présente césarienne est une hémorragie par insertion basse du placenta.

D) - RISQUE FOETAL :

1°) - Iso-immunisation rhésus.....	4
2°) - Mort habituelle.....	2
3°) - Autres anomalies foetales et infantiles.....	<u>5</u>
	11

1°) - Iso-immunisation rhésus

Deux sixièmes paires de 31 ans, et 2 grandes multipares (IXe et XIe) de 38 ans.

Toutes avaient eu au moins deux enfants exsanguinés, deux en avaient perdus 2 in utéro ou juste après la naissance, une n'en avait perdu qu'un in utéro, mais avait eu 11 grossesses ; quant à la quatrième (IXe pare) elle n'en avait perdu aucun mais ses cinq derniers enfants avaient été exsanguinés plusieurs fois.

En résumé, dans ces quatre cas l'iso-immunisation seule aurait justifié la stérilisation ; l'argument de la grande multiparité vient s'y ajouter deux fois.

2°) - Syndrome de mort habituelle du fœtus ou du nouveau-né

Une malade est une VIIIe pare de 34 ans, mais une XIIe geste (a donc fait 4 avortements) elle a eu trois enfants morts in utéro.

ro au septième mois, un quatrième né à 6 mois 1/2 décédé à la 36e heure et un cinquième pesant 1.750 gr. à la naissance est débile profond. La présente césarienne a eu lieu à 7 mois pour présentation de l'épaule.

En résumé, 5 enfants vivants dont 1 débile profond pour douze grossesses.

L'autre cas est moins dramatique, mais s'insère dans un contexte aussi désastreux. Il s'agit d'une VIIe pare de 34 ans. Elle a perdu son premier et son sixième enfant juste après la naissance. (Elle en a, de plus, perdu un troisième à 4 mois, de pneumopathie). La césarienne a été faite avant tout début de travail.

3°) - Autres anomalies foetales mortelles

- . 1er cas : XIIe pare - 3e et 10e enfants morts très précocement de cardiopathie.
- . 2e cas : XVIe pare - 10 et 12e enfants décédés d'hydrocéphalie.
- . 3e cas : VIIIe pare - 3e et 8e foetus (c'est-à-dire celui qui a nécessité la présente césarienne) : phocomèles.
- . 4e cas : XIe pare - 2 enfants morts par agranulocytose congénitale.
- . 5e cas : Xe pare - 6e foetus anencéphale, 8e enfant leucémique alors qu'il était encore nourrisson (de plus le 5eme est mort d'une méningite à 10 mois).

Comme on le voit dans toutes ces observations, la grande multiparité motive également la stérilisation.

II - STERILISATION TUBAIRE au COURS de la DEUXIEME CESARIENNE

Ce groupe comporte 39 cas répartis comme suit :

A) - Risque maternel local.....	21
B) - Causes maternelles générales.....	8
C) - Causes socio-économiques.....	7
D) - Risque foetal.....	<u>3</u>
	39

A) - RISQUE MATERNEL LOCAL :

1°) - 2e césarienne, seule indication.....	9
2°) - Rupture utérine.....	8
3°) - Cure antérieure de prolapsus.....	2
4°) - Plaie vésicale	<u>2</u>
	21

1°) - Deuxième césarienne, seule indication : 9 cas

Dans ce groupe, l'âge moyen est de 31 ans, réparti de façon homogène de 25 à 37 ans.

La parité moyenne est de 4,4 enfants, mais :

- . 1 patiente n'avait qu'un enfant vivant juste avant la césarienne
- . 2 en avaient deux
- . 4 en avaient trois
- . 2 en avaient quatre et plus

Notons cependant, que dans tous les cas, l'enfant motivant la césarienne est né vivant et dans de bonnes conditions, et que la première patiente avait 37 ans.

Dans tous ces cas, l'opération césarienne a une indication obstétricale que nous ne développerons pas ici.

2°) - Ruptures utérines : 8 cas

Dans un cas seulement s'y ajoute le motif de la grande multiparité (11)

Pour les 7 autres :

- la parité moyenne est de 3
- l'âge moyen de 28,4 années avec 3 femmes de moins de 25 ans
- une femme avait trois enfants vivants avant la césarienne, trois en avait deux, mais trois n'en avaient qu'un. Si l'une d'elles avait 40 ans, la 2e n'en avait que 23, mais a eu son 2e enfant vivant. Quant à la 3e, âgée de 28 ans, elle a perdu le présent enfant mort et macéré à 7 mois, alors qu'en tout début de travail, la cicatrice corpo-

réale antérieure s'était déjà désunie.

La stérilisation de ces deux dernières jeunes femmes ne semble pas cependant indemne de toute critique.

Ajoutons que dans 7 cas, la rupture est en fait, une désunion de la cicatrice antérieure, révélée lors de la présente césarienne (5 fois) ou lors d'une grossesse précédente (2 fois). Dans le 8e cas, il s'agit d'une rupture sous-péritonéale découverte lors d'une première césarienne.

Nous avons donc césarisé 5 fois pour suspicion ou diagnostic de rupture utérine et 3 fois d'emblée.

3°) - Antécédent de cure de prolapsus : 2 cas

1er cas : IVe pare de 40 ans ; para-diabétique et hypertendue modérée ; a déjà eu une première césarienne après la cure de son prolapsus

2e cas : IIe pare de 27 ans ; a perdu son 1er enfant à 7 mois, de broncho-pneumonie. N'a donc en résumé qu'un enfant.

Ces deux femmes ont été césarisées d'emblée.

4°) - Plaie vésicale : 2 cas

IIIe pare de 38 ans et Ve pare de 43 ans, les deux intéressées ont eu des plaies par forceps (la première a subi 6 interventions successives pour réparer la fistule) et ont été évidemment césarisées d'emblée.

B) - CAUSES MATERNELLES GENERALES :

1°) - Hypertension artérielle.....	2
2°) - Diabète.....	2
3°) - Cardiopathies.....	<u>4</u>
	8

1°) - Hypertension artérielle : 2 cas

1er cas : IIe pare de 45 ans ; hypertendue habituelle césarisée pour souffrance foetale en début de travail.

2e cas : XIIIe pare de 41 ans, hypertendue habituelle. Les trois dernières grossesses se sont terminées respectivement par :

- . un hématome rétro-placentaire à 5 mois avec chocs successifs ayant nécessité une laparotomie exploratrice.
 - . un accouchement à 8 mois d'un enfant de 1.800 gr.
 - un nouvel avortement de deux mois.
- Césarisée d'emblée.

2°) - Diabète : 2 cas

- Une femme de 22 ans, IIe pare, avec diabète infantile et hydramnios important pour les deux grossesses.
- L'autre de 30 ans, Ve pare avec diabète révélé plus tardivement mais un mort in utéro d'un foetus de 4.500 gr. et un accouchement à six mois avec décès de l'enfant.

3°) - Cardiopathies : 4 cas

- 2 cas de rétrécissement mitral décompensé chez 2 secondi-pares de 28 et 35 ans, déjà césarisées pour la même raison.
- 1 cas de rétrécissement aortique, post-rhumatismal chez une IVe pare de 35 ans, avec gêne fonctionnelle lors de la présente grossesse.
- 1 cas de persistance du canal artériel chez une sixième pare de 28 ans, asthénique ayant accouché deux fois à 7 mois (un enfant est mort).

C) - CAUSES SOCIO-ECONOMIQUES :

Multiparité.....	6
Age.....	<u>1</u>
	7

1°) - Multiparité : 6 cas

Age moyen : 39,6 années

Parité moyenne : 8,5

Opération césarienne d'emblée dans 2 cas ;
pour raisons obstétricales ailleurs

. placenta praevia.....	2
. souffrance foetale avec terme dépassé.....	1
. présentation transversale....	1

2°) - Age : 1 cas

Femme de 42 ans, IIe pare, ayant fait deux avortements
césarisée comme la première fois pour anomalie de la dilatation.

D) - RISQUE FOETAL :

Iso-immunisation rhésus.....	1
Mort habituelle.....	1
Maladie de Steinert.....	<u>1</u>
	3

1°) - Iso-immunisation rhésus

Cette observation mérite d'être soulignée puisqu'elle
compte parmi nos rares cas de transfusions foetales in utéro.

Il s'agit d'une VIIIe pare de 32 ans ; la maladie hémolytique a débuté à la cinquième gestation ; la sixième s'est terminée par une opération césarienne à huit mois 1/2 après tentative de déclenchement par ballon de Boissard : l'enfant a subi deux exanguino-transfusions. La septième a abouti à une mort in utéro à 7 mois.

La présente était donc particulièrement menacée. A six mois 1/2, fut pratiquée une transfusion in utéro de 60 cc. de sang avec succès. Dix jours plus tard, nouvel essai, mais échec. A 7 mois, la poche des eaux s'est rompue et d'emblée, nous avons pû pratiquer une césarienne qui nous a permis d'extraire un enfant de 1.810 gr. avec arrière-faix de 510 gr., tous les deux oedématisés. Une exanguino-transfusion était pratiquée dans les premières minutes puis trois autres dans les 29 premières heures et dix au total. Actuellement, l'enfant va bien. Mais on comprend qu'une nouvelle grossesse n'ait été souhaitée par personne.

2°) - Mort habituelle : 1 cas

Femme de 27 ans. Ve pare, ayant deux morts-nés au cours du travail. Cette fois-ci a été césarisée d'emblée comme la première fois.

3°) - Maladie de Steinert

VIIe pare de 40 ans.

5 accouchements normaux.

6e gestation : hydramnios ; déclenchement médicamenteux ; présentation transversale ; opération césarienne ; l'enfant décède quelques heures après.

Une cataracte bilatérale et un faciès myotonique font évoquer le diagnostic de maladie de Steinert qui sera posé ultérieurement.

Bilan de la descendance : 3 débiles profonds dont deux myopathes,

2 enfants normaux,

1 mort-né.

La présente gestation s'accompagne également d'hydramnios, d'une anomalie de la contraction utérine, qui oblige, avec quelques réserves, à pratiquer une opération césarienne : l'enfant meurt quelques heures après.

Stérilisation pour anomalies foetale congénitale et âge avancé.

Le diagnostic de maladie de Steinert posé ultérieurement ne nous fait en rien regretter notre attitude si l'on sait que la grossesse peut aggraver la maladie mais surtout que le mode de transmission autosomique dominant donne statistiquement, un enfant touché sur deux c'est-à-dire non seulement myopathe mais débile.

III - STERILISATION TUBAIRE au COURS de la TROISIEME CESARIENNE

Si le principe de la stérilisation tubaire au cours de la troisième césarienne est assez communément admis, il ne saurait être érigé en loi, comme en témoigne d'ailleurs l'évolution satisfaisante des patientes qui en ont subi quatre.

C'est pourquoi dans certains cas, non seulement nous n'avons pas proposé mais nous avons refusé la stérilisation systématique à la troisième césarienne. Dans d'autres, à l'opposé, les événements nous ont mis devant des situations, pour le moins imprudentes.

Ainsi, nos indications se répartissent de la façon suivante :

A) - risque maternel local.....	125 cas (dont 122 motivés par la seule 3e césar.)
B) - causes maternelles générales.....	7
C) - causes socio-économiques.....	8
D) - risque foetal.....	<u>11</u>
	151

A) - RISQUE MATERNEL LOCAL :

3e césarienne seule.....	122
Autre cicatrice utérine.....	<u>3</u>
	125

1°) - Troisième césarienne (seule indication) : 122 cas

C'est évidemment le groupe le plus important puisqu'il représente 37,3 % de toutes nos indications.

La parité moyenne est de 3,32 avec 92 IIIe pare

21 IVe pare

9 Ve pare

et aucune femme au-delà.

Le tableau ci-dessous indique la répartition en fonction de l'âge :

Âge	20 - 29	30 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 59	60 - 64
Nombre	1	44	10	20	6	
%	2,1 %	39 %	9,5 %	16 %	5,4 %	

La moitié a donc moins de 30 ans, et les 3/4 moins de 35 ans.

S'il n'y a aucune femme à n'avoir aucun enfant vivant juste avant la césarienne :

13 n'en ont qu'un : toutes sont des III^e pares et ont donc généralement perdu leur premier enfant dans la période néo-natale ou ultérieurement, de maladie intercurrente, et six d'entre elles ont moins de 30 ans.

N'abordant pas ici le problème des conséquences de la stérilisation, nous ne savons pas le devenir de ces femmes mais il n'est peut-être pas très prudent, sans raisons locales sérieuses, d'interrompre toute possibilité de procréer chez une jeune femme n'ayant que deux enfants vivants.

88 donc la majorité ont deux enfants vivants avant la césarienne : ce n'est pas pour autant, qu'il ne faille pas prendre quelques précautions. Dans ce groupe en effet, nous y reviendrons, nous comptons une demande de "déstérilisation" : l'enfant que nous avons extrait lors de la présente intervention était mongolien.

21 en ont 3 ou davantage :

C'est dans ce groupe que se situent 8 des 9 V^e pares citées plus haut qui ont donc toutes perdu un enfant.

Nous avons pourtant ici encore une demande de reperméabilisation.

2) - Autre cicatrice utérine : 3 cas

a) - rupture utérine : 2

Ce sont en fait, des désunions de cicatrice :

- l'une constatée au cours de la deuxième césarienne sur

une grossesse gémellaire,

l'autre découverte à l'occasion d'une révision utérine systématique, après un deuxième accouchement consécutif à une première césarienne.

b) - Antécédent de plastie utérine : 1 cas

Après deux avortements, on pratique une opération de Strassman. Trois grossesses évoluent ensuite normalement que l'on termine systématiquement par une opération césarienne.

B) - CAUSES MATERNELLES GENERALES :

Hypertension artérielle.....	4 cas
Diabète.....	1
Cardiopathie.....	<u>2</u>
	7 cas

1°) - Hypertension artérielle : 4 cas

Deux Ve pares et deux VIe pares de plus de 30 ans, hypertendues en dehors de la grossesse.

Trois ont eu un enfant mort in utéro

Une, 2 avortements tardifs

Toutes ont compliqué au moins une fois, cette hypertension de toxémie sévère.

2°) - Diabète : 1 cas

Femme de 30 ans, IIIe pare, présentant un diabète révélé tardivement ; a déjà eu deux enfants de 4.550 gr.

Le dernier est mort in utéro : on césarise pourtant par peur de la rupture utérine : il est macéré et pèse 5.200 gr.

3°) - Cardiopathie : 2 cas

1er cas : IIIe pare de 23 ans, présentant une maladie mitrale post-rhumatismale. A fait une embolie pulmonaire dans les suites de la deuxième intervention. Gêne fonctionnelle lors de la présente grossesse.

2e cas : IIIe pare de 26 ans, qui présente une maladie mitrale en début de décompensation, elle a de plus un bassin rétréci et pose un problème mineur d'iso-immunisation rhésus.

C) - CAUSES SOCIO-ECONOMIQUES : Multiparité 8 cas

C'est par fidélité aux critères énumérés ci-dessus que nous décrivons encore à ce niveau une rubrique dite socio-économique. En effet, en face de la grande multiparité qui fragilise, il est vrai, le myomètre, compte beaucoup plus ce risque local que constituent les trois hystérotomies.

Sept cas regroupent des caractéristiques communes :

- parité égale ou supérieure à 7
- âge au dessus de 31 ans (âge moyen : 36,5 ans)
- les deux césariennes antérieures intéressent les deux dernières grossesses ayant évolué au-delà de six mois.

Le huitième cas ne représente qu'une sixième pare de 36 ans, mais une IXe geste avec trois curettages qui souvent, sont aussi "néfastes" pour le myomètre qu'une grossesse normale.

D) - RISQUE FOETAL :

Iso-immunisation rhésus.....	1
Mort habituelle.....	7
Autre risque.....	3

1^{er}) - Iso-immunisation rhésus

Ve pare de 32 ans. On note :

- . un premier enfant décédé à 5 jours d'ictère nucléaire
- . puis deux morts-nés
- . le décès du quatrième enfant, né pourtant par césarienne et exanguiné
- . seuls, les deux derniers enfants ont vécu.

En résumé deux enfants vivants pour six grossesses et trois opérations césariennes.

2°) - Mort habituelle foetale ou néo-natale : 7 cas

A propos de ce groupe dont l'âge moyen est de 35 ans, et la parité moyenne de VI, il faut bien noter que ce n'est qu'indirectement que le syndrome de mort habituelle a entraîné la stérilisation. En effet, c'est à cause du risque foetal que l'on a dû faire ces césariennes successives.

Dans les 7 cas, les trois césariennes intéressent donc les trois dernières grossesses : dans un cas, malgré toutes les précautions, l'enfant est décédé à trois jours.

Cinq femmes ont perdu deux enfants et deux en ont perdu trois.

A noter que dans un cas, nous avons chez une Xe pare, l'argument supplémentaire de la grande multiparité.

3°) - Autres risques : 3 cas

Citons d'abord deux observations difficiles à étiqueter avec précision qui ont en commun le nombre important de morts foetales ou néo-natales, avec des motifs variant à chaque fois.

La première : femme de 33 ans, VIIe pare, présentant dans l'ordre :

- un accouchement normal.
- puis un accouchement à six mois avec décès de l'enfant.
- césarienne à 7 mois pour présentation transversale sur gestation trijumelle : un seul survivant.
- un avortement gemellaire de 4 M. 1/2 puis simple de deux mois.
- une nouvelle césarienne pour présentation transversale : l'enfant meurt à 7 jours.
- un accouchement à terme : enfant mort né (5.200 gr.)

En résumé : trois enfants pour huit grossesses.

La deuxième : femme de 32 ans, VIe pare

- 1er enfant décédé à six mois d'une otite
- 2e enfant né avec application de forceps meurt à deux jours.

- 3e et 4e enfants nés par césarienne : vivants.
- 5e enfant mort-né après accouchement à terme
- 6e enfant vivant né par la présente césarienne

En résumé, trois enfants vivants pour six grossesses.

Quant au troisième cas, c'est l'histoire d'une femme de 28 ans, IVe pare qui a perdu tous ses enfants entre six semaines et un an, de Mucoviscidose. Le dernier est également décédé à un an et les parents ont adopté deux autres enfants.

Quelles que soient les raisons associées, l'indication majeure de la stérilisation lors de la troisième césarienne reste le risque local.

Peur, souvent justifiée comme l'ont confirmé quelques désunions de cicatrices même avant tout travail, mais parfois exagérée comme le laisse supposer la régularité, la souplesse et l'épaisseur d'un segment inférieur pourtant deux fois incisé. Nos comptes-rendus opératoires ne décrivent que trop rarement ce dernier.

C'est pourtant sur l'aspect de ce segment inférieur que l'opérateur doit finalement prendre sa décision.

CIRCONSTANCES

.....
ISOLEE
.....

A) - RISQUE MATERNEL GENERAL

Néphropathies
Diabète
Cardiopathies
Tuberculose pulmonaire
S.E.P.

8

B) - SOCIO-ECONOMIQUES

Multiparité

3

C) - RISQUE FOETAL

I.I.F.M.
Autre risque (mucoviscidose)

3

D) - TROUBLES PSYCHIQUES GRAVES

2

CESARIENNE

A) - RISQUE MATERNEL LOCAL

Rupture utérine
Cicatrice utérine
Ant. cure prolapsus

14

B) - CAUSES MATERNELLES GENERALES

H.T.A.
Néphrite
Diabète
Cardiopathies
Tuberculose pulmonaire
P.C.R.

23

C) - CAUSES SOCIO-ECONOMIQUES

Multiparité
Age

33

D) - RISQUE FOETAL

I.I.F.M.
Mort habituelle
Autres risques

11

A) - RISQUE MATERNEL LOCAL

2ème césarienne seule
Rupture utérine
Ant. cure prolapsus
Ant. plaie vésicale

21

B) - CAUSES MATERNELLES GENERALES

H.T.A.
Diabète
Cardiopathies

8

C) - CAUSES SOCIO-ECONOMIQUES

Multiparité
Age

7

.....
AU COURS
.....

.....
d' UNE AUTRE
.....

.....
INTERVENTION
.....

D) - RISQUE FOETAL

I.I.F.M.
Malformation (Steinert)
Mort habituelle

1
1
1

3

A) - RISQUE MATERNEL LOCAL

3ème césar.seule
Cicatrice utérine

122
3

125

B) - CAUSES MATERNELLES GENERALES

H.T.A.
Diabète
Cardiopathies

4
1
2

7

C) - CAUSES SOCIO-ECONOMIQUES

Multiparité

7 + 1

8

D) - RISQUE FOETAL

I.I.F.M.
Mort habituelle
Autre risque foetal
(Mucoviscidose)

1
7
3

11

151

A) - RISQUE MATERNEL LOCAL

4ème césar. seule

16

B) - AUTRE RAISON SURAJOUTEE

Multiparité
Risque foetal

1
2

19

19

5°

4

4

6°

1

1

AVORTEMENT THERAPEUTIQUE

2

2

INTERVENTION OBSTETRICO-GYNECOLOGIQUE

Prolapsus
Rupture utérine
Divers (K.O., G.E.U., etc.)

6
4
4

14

14

1

IV - STERILISATION TUBAIRE au COURS des QUATRIEMES CESARIENNES

Ce chapitre groupe encore 19 cas, c'est-à-dire un par an, c'est-à-dire encore 6 % de nos indications.

- 16 ont pour seul motif la quatrième hystérotomie
- dans 3 cas, on peut évoquer une raison supplémentaire.

. 1°/ - INDICATION UNIQUE : QUATRIEME CESARIENNE

- 14 femmes sur 16 sont des quatrièmes pares, c'est-à-dire n'ont jamais accouché par voie basse.
- 2 sont des cinquièmes pares et ont débuté leur activité obstétricale par une application de forceps suivie du décès de l'enfant.

L'âge moyen est de 30 ans : 11 femmes ont entre 25 et 30 ans
3 entre 30 et 35 ans
et 1 au-dessus de 35 ans.

Quant au nombre d'enfants vivants juste avant la présente césarienne, il est toujours intéressant à considérer :

- 7 femmes en avaient deux
- 9 femmes en avaient trois

Une viciation pelvienne est dans tous les cas responsable des interventions itératives.

. 2°/ - INDICATIONS MULTIPLES : 3 cas

- A) . La première raison supplémentaire évoquée pourrait être la grande multiparité : 1 cas

L'histoire obstétricale est intéressante ; elle est également pleine de risques. Nous ne voulons pas du tout l'ériger en exemple. C'est une observation ancienne (1951)

devant laquelle les évènements nous ont amené, comme il arrive parfois avec ces malades indociles qui réapparaissent ou disparaissent au gré de leur inspiration.

Mme D. ..., 30 ans, VIIIème pare.

- 1ère geste à 18 ans, application de forceps - décès de l'enfant.
- 2ème et 3ème gestes : deux césariennes pour viciation pelvienne ?...
- 4ème et 5ème : accouchements normaux d'enfants de moins de 3.000 gr.
- 6ème geste : nouvelle césarienne pour anomalie de la contraction utérine et de la dilatation.
- 7ème geste : accouchement normal.
- enfin, la huitième gestation qui s'est déroulée normalement.

Il est donc intéressant de remarquer qu'après deux et même trois césariennes, une femme peut encore accoucher. Ne voulant cependant pas poursuivre plus longtemps " l'expérience en cours ", ni surtout faire courir à notre patiente un risque qui nous a déjà paru démesuré, nous l'avons césarisée avant tout début de travail.

B) Dans les deux autres cas s'y ajoute un risque foetal

1er cas : mort habituelle in utéro - *VIème pare de 33 ans.*

cette malade a présenté successivement :

- un accouchement d'un enfant de 4.250 gr. mort in utéro
- deux opérations césariennes pour viciation pelvienne probable
- un deuxième enfant mort in utéro ; né par voie basse
- une troisième césarienne avant tout travail au cours de laquelle l'enfant a dû être réanimé.

EN RESUME : antécédent de trois opérations césariennes avec syndrome de mort du fœtus in utéro.

Malade césarisée d'emblée.

2ème cas : risque foetal imprécis

Il s'agit d'une *IVème* *pare* de 38 ans qui a donc vu ses trois gestations antérieures se terminer par une opération césarienne. Malgré cela, deux enfants sont décédés dans des conditions difficiles à préciser à 15 et 7 jours. Le dernier aurait eu des malformations des membres inférieurs.

La quatrième césarienne a été pratiquée d'emblée et l'enfant est né dans de bonnes conditions.

En plus de la quatrième hystérotomie intervenaient ici en faveur de la stérilisation, des anomalies foetales et l'âge avancé de la malade.

V - STERILISATION TUBAIRE au COURS des CINQUIEMES CESARIENNES : 4 cas

Les trois premiers nous ont été adressés d'un hôpital voisin où l'on semble montrer une certaine réticence face à la stérilisation.

- . 1er cas : *Vème* *pare* de 28 ans, la malade n'a jamais accouché par voie basse.
- . 2ème cas: *VIIème* *pare* de 38 ans, cette femme a d'abord accouché deux fois, mais son premier enfant est décédé à la 24ème heure. On l'a ensuite césarisée d'emblée.

- . 3ème cas : *VIIIème* pare de 38 ans ; a accouché une première fois avec application de forceps, puis a subi sa première opération césarienne ; l'enfant devait décéder à huit mois, de toxicose.

Avortement de 5 mois $1/2$, puis trois accouchements normaux ; césarienne lors de la huitième gestation pour motif mal précisé, puis deux césariennes systématiques.

La présente grossesse s'est déroulée normalement.

Indication : antécédent de 4 césariennes et grande multiparité.

Technique : opération césarienne d'emblée - Stérilisation suivant le procédé type (à noter l'absence d'adhérences péritonéales).

Quant au quatrième cas, il est en partie notre fait : il s'agit d'une cinquième pare de 39 ans, qui a subi quatre césariennes successives, avec décès du premier enfant, mais aussi stérilisation dans le Service , lors de la quatrième intervention.

L'année suivante, une nouvelle grossesse survient et lors de la cinquième césarienne systématique, on s'aperçoit, malgré les adhérences multiples, que le ligament rond a été pris à la place de la trompe. Une vraie ligature est alors difficilement réalisée.

Comme on le voit, dans ces quatre cas, le seul motif capable à lui seul d'emporter la décision, est bien le **risque** local. A notre avis, il aurait même dû entraîner une stérilisation plus tôt. Que nous soyons mis en face des faits à cause d'une réelle indocilité de certaines personnes, passe encore. Mais toutes les fois où nous voyons les femmes précocément, nous ne croyons pas être autorisés à leur faire courir un tel risque.

VI - STERILISATION TUBAIRE au COURS de la SIXIEME CESARIENNE : 1 cas

Cette VIème pare de 34 ans, porteuse de surcroît, d'une neuro-fibromatose de RECKLINGHAUSEN, a subi successivement ses cinq césariennes pour viciation pelvienne. Elle nous a été adressée de l'hôpital cité plus haut à la fin du huitième mois pour rupture prématurée des membranes et présentation transversale. Nous l'avons césarisée aussitôt et l'enfant est né dans de bonnes conditions. A notre grande surprise, hormis celles du péritoine pré-utérin au segment inférieur, il n'y avait pratiquement pas d'adhérences.

Dans les suites, un syndrome douloureux thoracique nous a fait évoquer l'hypothèse - non vérifiée - d'une embolie pulmonaire, incident post-opératoire qui aurait pu aboutir à des conséquences plus fâcheuses.

Chapitre III - *STERILISATION TUBAIRE au COURS d'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE*

2 cas.

Ces deux seules observations en 20 ans, soulignent l'extrême rareté de nos avortements dits "thérapeutiques". L'un intéresse une tuberculose à rechute ; et l'autre est un échec de stérilisation chirurgicale avec troubles psychiques graves subséquents. On conçoit alors aisément que si l'avortement nous paraissait inévitable, la ligature des trompes consécutive s'imposait sans discussion.

1er cas : 1957 : Mme D. ... 36 ans, Vème pare

sans antécédents particuliers, a épousé un tuberculeux guéri et n'a révélé sa première lésion pulmonaire gauche qu'après son deuxième accouchement : celle-ci a été correctement traitée.

Première rechute à droite après la quatrième grossesse et la cinquième s'est déroulée en partie sous une triple antibiothérapie classique.

Deuxième rechute après cette cinquième gestation et à nouveau, sous traitement triple, elle commence sa VIème grossesse, alors que, radiologiquement, on est en présence de lésions manifestement évolutives.

En résumé, il s'agit d'une tuberculose grave évolutive malgré le traitement, avec trois nettes poussées en relation avec l'état gravidique.

Ainsi, en commun avec le pneumophtisiologue et le médecin traitant, nous avons décidé l'avortement thérapeutique.

Celui-ci fut pratiqué par curetage utérin après dilatation cervicale et la stérilisation par colpotomie antérieure.

2ème cas : 1967 : Mme M. ... VIIème pare de 33 ans

a accouché une première fois à 6 mois $1/2$ d'un enfant de 1. 800 gr. qui est mort peu après. Elle a ensuite subi six opérations césariennes dans le même hôpital : lors de la dernière, d'ailleurs réalisée à 7 mois pour insertion basse du placenta, on a théoriquement fait une "ligature" de trompes.

Il faut également ajouter qu'à 18 ans, la malade a été appendicectomisée et que pendant la première grossesse, elle a présenté une occlusion intestinale aiguë qui a rendu nécessaire une colostomie iliaque fermée un an après.

Cette malade totalisait donc un chiffre " record " de neuf laparotomies. Aussi quand, l'année suivant la soi-disant "ligature", on lui annonça une nouvelle grossesse débutante, ce fut l'effondrement total. On a décidé d'intervenir sur un fœtus de trois mois : ce fut la dixième laparotomie.

De multiples adhérences ont occasionné des dépéritonisations importantes du grêle qui ont dû être suturées. La trompe gauche a été enlevée et l'Anatomo-pathologiste n'a pas retrouvé de lumière ou de fistule.

A droite, par contre, on fut contraint de faire une annexectomie et la perméabilité tubaire fut vérifiée au microscope. L'avortement a été réalisé par hystérotomie corporeale.

Si l'on peut regretter d'avoir été amené ces deux seules fois, à un avortement, on ne saurait à aucun moment, contester le bien-fondé d'une stérilisation qui s'imposait plus tôt.

Chapitre IV - STÉRILISATIONS TUBAIRES au COURS d'INTERVENTIONS OBSTÉTRICO-GYNÉCOLOGIQUES

A) - Prolapsus utérin	6
B) - Rupture utérine	4
C) - Divers	4
	14 cas

A) - AU COURS d'une CURE de PROLAPSUS

On distingue nettement ici deux groupes correspondant à deux périodes :

1°) 4 cas entre 1951 et 1954

. 2 jeunes femmes (27 et 29 ans) mais grandes multipares (8)

. 2 femmes plus âgées (34 et 36) n'ayant que 2 & 4 enfants

Dans les 4 cas, le protocole opératoire a été identique, à savoir :

- colporraphie antérieure et postérieure par voie vaginale
- hystéropexie antérieure et stérilisation tubaire par voie abdominale.

Si, dans ce procédé que l'on n'utilise plus maintenant, les temps vaginaux contr'indiquent un nouvel accouchement, ce n'est

que l'hystéropexie antérieure qui retentit franchement sur la grossesse qu'il vaut mieux alors éviter.

Ici, deux cas étaient également motivés par la grande multiparité.

2°) 2 cas entre 1967 et 1969

Les deux opérées ont plus de 40 ans ; l'une est IIIème pare et l'autre dixième. Elles ont subi la triple opération " à la Française ".

L'une a été stérilisée par voie basse suivant le procédé de MADLENER, l'autre par voie haute, selon le procédé type.

En soi, la triple opération périnéale ne contr'indique pas une nouvelle grossesse, encore faut-il garantir la bonne évolution de celle-ci par une amputation adéquate du col, et surtout être certain que la patiente accepte d'accoucher dans un centre équipé où l'on interviendra d'emblée par voie haute.

Ici, l'âge pour les deux, et la multiparité pour l'une étaient deux éléments non négligeables.

B) - AU COURS de RUPTURES UTERINES : 4 cas.

Un cas mérite d'être souligné :

Mme G. ..., IIIème pare, 43 ans.

2 accouchements normaux à 20 et 23 ans.

20 ans, après la dernière, survient une nouvelle grossesse qui se termine à six mois et demi après une poussée d'hydramnios aigu, par le décès de l'enfant.

La révision utérine montre un utérus fibromateux et entre deux noyaux, une zone mince pouvant être une rupture sous-péritonéale.

La laparotomie exploratrice infirme la rupture, mais

confirme l'extrême minceur du myomètre à cet endroit.

L'âge est , plus qu'autre chose, le motif de cette stérilisation. Dans les quatre mois suivants, les fibromes deviennent patents et obligent à une hystérectomie totale.

Les trois autres cas intéressent des femmes jeunes (de 27 à 30 ans) IIème, VIème et VIIème pares.

Ici, une seule rupture vraie sous-péritonéale sur utérus non cicatriciel, diagnostiquée à la révision utérine après un accouchement dystocique par le siège.

Les deux autres sont des désunions de cicatrices corporeale pour l'une (3ème pare) , segmentaire pour l'autre (VIIème pare).

C) - AU COURS d'INTERVENTIONS DIVERSES : 4 cas.

1er cas : IXème pare de 37 ans,

----- sans antécédents obstétricaux et généraux particuliers.

Indication : rupture cataclysmique de grossesse tubaire droite

Technique : salpingectomie droite - ligature-section-adossement à gauche en raison de l'âge et de la grande multiparité.

2ème cas : VIIème pare de 46 ans

----- Hypertension avec lésion du fond d'oeil.

Indication : kyste ovarien gauche.

Technique : annexectomie gauche et "ligature" de la trompe droite en raison de l'âge et de l'hypertension artérielle.

3ème cas : Vème pare de 40 ans.

Débiilité mentale sérieuse et conditions sociales déplorable.

Indication : polype endo-cavitaire hémorragique.

Technique : hystérotomie : polypecotomie

Stérilisation tubaire, pour conditions socio-économiques.

4ème cas : Vème pare de 47 ans

ancienne syphilitique ayant subi une annexectomie gauche pour kyste ovarien.

Le tableau clinique oriente vers une rupture de grossesse extra-utérine d'autant que la ponction de Douglas ramène un liquide sanglant.

La laparotomie rectifie le diagnostic qui est celui de sphacèle intestinal après occlusion sur bride.

On " lie " la trompe restante pour plus de sécurité malgré l'âge avancé.

Au terme de cette étude des circonstances et indications, il convient d'insister sur quelques traits essentiels :

- tout d'abord l'extrême prédominance des stérilisations causées par les césariennes itératives à partir de la troisième :

175 cas sur 327 , soit 53,5 %

L'anomalie en cause est le plus souvent une viciation pelvienne, et c'est là, trop souvent encore, la conséquence d'un diabète méconnu ou mal soigné.

Vient ensuite l'argument de la grande multiparité :

38 cas , soit 11,6 %

ici, les stérilisations ont été 29 fois réalisées au cours de la première césarienne.

- Enfin, parmi les plus importantes indications, et à égalité (13 cas), on trouve :

- . les maladies vasculo-rénales
- . les cardiopathies
- . les ruptures utérines

Il faut également souligner quelques modifications au cours des années :

... les ruptures utérines deviennent plus rares avec la pratique de la césarienne segmentaire et de l'obstétrique en milieu spécialisé.

... l'iso-immunisation rhésus devrait disparaître avec la sérothérapie anti-D.

... notre technique actuelle de cure de prolapsus contr'indique surtout l'accouchement par voie basse et moins la grossesse.

... Quant aux progrès thérapeutiques réalisés en matière de diabète et de cardiopathie, ils diminuent certains risques, mais augmentent le nombre de femmes susceptibles de procréer.

Pour les autres circonstances, on ne peut espérer beaucoup de changements immédiats.

TROISIEME PARTIE

REPERCUSSIONS PSYCHO - SOMATIQUES
de la STERILISATION TUBAIRE

Bien que nous n'ayons fait aucune enquête personnelle sur le sujet, nous ne pouvons totalement passer sous silence, les répercussions organiques et psychiques de la stérilisation tubaire surtout si nous voulons dégager quelques consignes pratiques.

Nous citerons pourtant trois exemples personnels et reprendrons surtout les conclusions de quelques auteurs qui ont étudié méthodiquement ce domaine.

I - EXEMPLES PERSONNELS

Le 1er cas intéresse une jeune femme célibataire qui a été stérilisée à 23 ans, lors de sa troisième césarienne : une viciation pelvienne importante était en cause.

Lors de cette intervention, on a noté la mauvaise qualité du segment inférieur mais non l'aspect particulier de l'enfant qui se révéla être mongolien.

Un an après, cette jeune femme se fiance et commence à s'interroger.

Après deux ans de mariage et de nombreuses hésitations, la malade demande une intervention restauratrice ; d'un côté on fait une plastie ampullaire par retournement, de l'autre, on ne peut qu'ouvrir la trompe longitudinalement.

Le contrôle radiologique réalisé un an après (1970) n'o-

pacifie qu'une seule trompe, mais sans aucun passage péritonéal et le couple commence à se désoler de cet insuccès.

La deuxième observation est celle d'une VIIème geste de 29 ans, qui lors de la troisième césarienne a subi une stérilisation en 1966 ; son mari aurait été débile mental. Quatre ans plus tard, alors que la malade habitait maintenant en Belgique, elle nous a demandé si l'opération " ... inverse de la ligature .. " était possible et sans danger.

Nous sommes sans nouvelles depuis ce temps.

Le troisième cas est celui d'une VIIIèmes geste que nous avons vue la première fois pour algies pelviennes, dysménorrhées, et prolapsus génital. Son état psychique perturbé, surtout dépressif nous semblait dominé par la hantise de la grossesse. Un bilan urologique, digestif et vertébral s'était révélé négatif ; nous l'avons mise sous NACENYL ; un oubli se soldait un an après par une grossesse qui n'arrangeait rien de l'état psychique.

Le prolapsus devenu alors symptomatique (incontinence urinaire), on en pratiqua la cure chirurgicale complétée par une stérilisation.

Quelques mois après, nous recevions la première lettre de regret : " ... maintenant qu'il sait qu'il n'y a plus rien à craindre, je suis l'esclave de mon mari ... Je n'aurai jamais dû accepter.."

Actuellement c'est le désespoir mêlé d'accusation à notre égard et d'un ... " Docteur, faites quelque chose ... " Mais quoi ? Un psychiatre nous a appris récemment que le trouble premier et ancien n'était autre qu'une frigidité.

Ces trois exemples illustrent parfaitement les dangers encourrus chez une jeune femme pouvant changer de situation et chez toute personne aux structures mentales fragiles.

11 - CONCLUSIONS d' AUTRES AUTEURS

Ce sont les principales conclusions de CHOSSON, LEPAGE, THOMPSON et BAIRD, et plus récemment de Mademoiselle FAYETTE, que nous citerons ici.

A) - Les répercussions ne semblent pas significatives sur le plan gynécologique : aucune modification du cycle ; cependant d'après CHOSSON, 5 femmes sur 21 ont vu apparaître une dysménorrhée.

B) - Sur le plan somatique général, les méfaits ne sont encore que très minimes :

- aucun trouble endocrinien évident
- 32 prises de poids importantes contre 29 amaigrissements (CHOSSON).

C) - Sur le comportement le psychisme, les conséquences souvent paradoxales, sont plus graves :

D) - Comportement sexuel

Apprécié sur le nombre de rapports sexuels et la satisfaction retirée, voici ce qu'en pensent les principaux auteurs :

	CHOSSON	LEPAGE	THOMPSON et BAIRD	M. FAYETTE (89 cas)
Amélioré	3	4	81	25 %
Inchangé	4		75	45 %
Détérioré	14	9	21	30 %

CHOSSON, sur 9 femmes antérieurement frigides, note deux disparitions et une diminution du trouble, mais six persistances.

En fin de compte, la stérilisation, tout au moins en FRANCE, améliore peu le comportement sexuel. Pourtant, 90 % des femmes interrogées par M. FAYETTE se disent peu intéressées par un devoir qu'elles trouvent cependant moins pénible car moins lourd de conséquences.

Y-a-t-il marque de confiance dans la méthode ? Certainement et M. FAYETTE note à ce propos que 16 % des femmes prennent les mêmes précautions contraceptives qu'avant quand elles ne les ont pas instituées à partir de ce moment.

Il y a également un certain sentiment " d'inutilité " face à un acte dont on a encore dans nos esprits, peu dissocié l'aspect de "don mutuel" de celui de "reproduction".

La culpabilisation est enfin très fréquente, surtout chez les catholiques, face à cette modification profonde " des choses de la vie".

. 2. - Caractère

CHOSSON relate 32 apparitions de nervosité (?), 4 troubles psychiatriques graves, 6 dépressions, 2 tentatives de suicide, alors qu'il n'y a que 4 améliorations.

M. FAYETTE, cite 55 % de cas de nervosité pour 25 % de dépression vraie ou tendance dépressive.

. 3/ - Impression générale

Voici quelques chiffres tendant à discerner les satisfaites des mécontentes , sans omettre les indécises.

	CHOSSON	LEPAGE	THOMPSON et BAIRD	M. FAYETTE (89 cas)
Contentes	16	48	161	75 %
Mécontentes	9	9	8	16 %
Indécises	5	3		9 %

Disons d'abord qu'il est difficile de savoir si c'est l'impossibilité de procréer, ou l'anomalie causale (maladie ou viciation pelvienne, cause de césarienne itérative) qui engendre la déception.

Le pourcentage de satisfaites est proportionnel au nombre d'enfants et aussi à l'âge de la femme. Chez les jeunes femmes césarisées pour la troisième fois, il semble par exemple que l'insatisfaction ne vienne pas tant du petit nombre d'enfants (qu'elles envisageaient plus ou moins) , que de la rapidité avec laquelle elles l'ont atteint, faute de connaître et pouvoir appliquer les "bonnes" méthodes contraceptives.

Quoiqu'il en soit, la proportion de mécontentes est malgré tout importante et, d'après un auteur américain, elle varie suivant que c'est le Gynécologue qui a proposé l'intervention (32 %) ou dans le cas contraire (9 %)

Nous ne comptons pas dans ce lot, celles qui ont demandé une " dé-stérilisation " : 2 cas sur 136 femmes pour CHOSSON,
5 cas sur 89 femmes pour M. FAYETTE

Même si, d'après GEOFFRAY (Grande-Bretagne) : 27 % d'entre elles ont des chances de succès, le drame des autres n'est en rien résolu.

En conclusion de ce chapitre, nul n'est besoin d'insister sur l'extrême réserve avec laquelle la simple prudence humaine demande d'aborder cette intervention.

QUATRIEME PARTIE

.....
:
:
: ASPECTS JURIDIQUES et LEGAUX :
:
:
:.....

Il peut paraître assez étonnant qu'un acte de cette importance ne soit réglementé en FRANCE par aucune législation précise.

C'est d'abord parce qu'il est considéré comme un acte thérapeutique dont le médecin peut user et qui, à ce titre, engage, comme tout autre, la responsabilité civile et pénale de celui-ci. C'est aussi, parce que touchant un domaine qui dépasse les dimensions même de l'individu à la perpétuation de la vie - et impliquant donc des convictions de tous ordres, il ne peut guère être solutionné par une loi. Pourtant, à tous moments, pour les Médecins, des décisions concrètes s'imposent et mieux vaut obéir à des règles.

La stérilisation chirurgicale n'est donc pas un acte comme un autre ; en première approximation, il ne s'agit de la cure ou de l'ablation d'un organe malade, mais de la privation d'une fonction, c'est-à-dire d'une "mutilation". Certes, la reproduction n'est pas proprement dit une fonction vitale par rapport à l'individu au moins. Certains en ont même fait une fonction de "luxe". En fait, c'est une nécessité, d'abord pour l'espèce, mais aussi pour l'individu, pour qui le prolongement dans un autre soi-même apparaît bien comme un soutien à sa propre personne. Interrompre à un moment, le circuit des interpénétrations entre l'être et son prolongement, c'est prendre un certain risque.

Ainsi, la responsabilité médicale est ici engagée en tant que violation de l'intégrité physique et morale de l'individu.

En pratique, l'opérateur a une :

- responsabilité civile : l'intéressée seule peut porter plainte et demander dommages et intérêt.
- et une responsabilité pénale : ici, l'intéressée, les ayants-droit (mari) ou le Parquet, peuvent introduire une action en correctionnelle.

Les articles 316-319 et 320 du Code Pénal en précisent les modalités :

- ... la castration entraîne les travaux forcés à perpétuité
- ... l'homicide involontaire, par maladresse, imprudence ou négligence, entraîne 3 mois à 2 ans de prison et une amende.

Cet article 319 doit nous être présent à l'esprit quand nous envisageons une stérilisation par intervention isolée où celle-ci résume tout le risque opératoire ou anesthésique :

- la suppression de la capacité de reproduction est assimilée aux coups et blessures involontaires et entraîne à ce titre 15 jours à un an de prison et une amende (ou une seule de ces peines).

A la lecture de ces lignes, on se demande pourquoi tous les Chirurgiens et beaucoup de Médecins ne sont pas condamnés ! !

Pour cela, il faut d'une part porter un préjudice et de l'autre commettre une faute médicale.

A) - le Préjudice est ici fréquent :

Outre les complications per et post-opératoires et l'échec thérapeutique, c'est-à-dire la grossesse, la stérilisation dans son but elle-même porte un préjudice :

- ... physique : perte de la fonction de reproduction
- ... moral : peine devant l'incapacité de procréer
ou la déconsidération du conjoint, ou
devant sa propre culpabilisation.

B) - Mais y-a-t-il **Faute médicale** ?

Dans le droit médical français est une faute tout acte accompli :

- sans le consentement du malade
- sans but thérapeutique véritable.

... 1/ Le consentement de la malade est, face à la stérilisation, plus que jamais indispensable. Il doit même être libre et " éclairé " comme l'exigent les Tribunaux, ce qui implique, pour les Médecins, d'expliquer l'acte chirurgical, ses conséquences véritables dans les termes qui conviennent, de laisser murir le problème et enfin de s'assurer de la compréhension et de l'accord du couple par une formule signée par celui-ci.

Si le consentement est nécessaire, il n'est pas suffisant : les droits sur sa propre personne ont en effet leur limite ; le droit à l'intégrité physique ou morale s'accompagne d'un devoir dans le même sens. Pour se justifier, un acte médical doit absolument poursuivre

... 2/ un but thérapeutique.

C'est bien là le fondement et la justification de tous nos actes, et du risque que nous prenons à l'occasion de chacun d'eux.

Guérir signifiait au début "*primum non nocere*", c'est-à-dire d'abord ne pas nuire , puis "délivrer d'un mal". N'est-il pas de plus en plus en train de devenir synonyme de " prévenir ".

Guérir implique également une connaissance assez exacte

de la limite, en tout temps difficile à poser, entre le normal et le pathologique. Et c'est là qu'entre laxiste et rigoriste, le champ est vaste. Ainsi, le premier, tout autant de bonne foi que le second, va estimer par exemple, qu'une cinquième grossesse chez une femme d'un milieu modeste à tendance dépressive, constitue un risque certain qu'on ne peut pas laisser prendre à cette patiente qui nous demande un " service " , alors que le deuxième pensera pouvoir accepter le risque d'une cinquième césarienne.

Devant cette grande diversité d'opinions, des organismes médicaux ont essayé de définir des positions.

- En 1954, l'Académie de Médecine, par la voix du Docteur LANTIER, concluait : " est autorisée la stérilisation préventive des femmes " présentant une maladie indiscutablement non curable dans l'état " actuel de la science et exposée à de très graves complications pouvant entraîner la mort en cas de grossesse ultérieure, sous réserve " d'une consultation faite dans les mêmes conditions que dans l'éventualité d'un avortement thérapeutique, c'est-à-dire consultation de " trois médecins dont un expert au Tribunal ; établissement d'un protocole de la consultation en cinq exemplaires destinés : au Conseil " de l'Ordre, à la malade, à chacun des trois médecins".

Ce texte excluait donc les troubles psychiatriques, les maladies pouvant guérir et les causes de type socio-économique. Mais il est resté à un stade de souhait.

- En 1955, puis 1964, le Conseil de l'Ordre prenait position :
" La stérilisation préventive à but uniquement anticonceptionnel est rigoureusement interdite ".

" Pratiquée dans un esprit de thérapeutique préventive " et intervenant dans des circonstances exceptionnelles, elle demeure " un acte lourd de conséquences, en opposition avec la morale la plus " fréquemment admise. Le médecin qui, en confiance et pour des motifs " scientifiquement défendables, pratique une stérilisation préventive, " en assure l'entière responsabilité ".

Le Conseil de l'Ordre conseille en pareilles circonstances : " .. la rédaction par le Médecin d'un protocole à son propre " usage expliquant les raisons qui l'ont déterminé et la notification " de sa décision au Conseil départemental de l'Ordre sans indication " de personnes .." ; il conseille également " d'obtenir l'acceptation " écrite de la malade ".

" En définitive, comme dit MALHERBE, ce qui transparaît " de cette déclaration ou recommandation, est le souci de ne pas passer " de la stérilisation à visée thérapeutique à la simple intervention " anti-conceptionnelle qui, sans aucun doute, exposerait son auteur à " des poursuites pénales et disciplinaires ".

Faut-il souhaiter un texte législatif qui réglerait la stérilisation féminine ? Non ne le souhaite.

MERGER, en accord avec MAGNIN et sans doute beaucoup d'autres, résume assez clairement le problème :

" ... ou bien la stérilisation est faite dans un but de protection de la femme ; elle entre alors dans le cadre du contrat médical valable.

Ou bien, elle est faite en dehors de ce but ; alors même avec le consentement de l'opérée, c'est un délit passible de sanctions pénales et de réparations civiles ..."

Une stérilisation est toujours, cas d'espèces et donc finalement laissée à la seule conscience du Médecin (MAGNIN). C'est pourquoi comme les auteurs déjà cités, nous estimons superflue la déclaration au Conseil départemental de l'Ordre.

CONCLUSIONS

Si, grâce entre autre à la méthode originale décrite, la stérilisation chirurgicale pose peu de problèmes techniques, il n'en est pas de même pour les conséquences psycho-somatiques et les implications médico-légales.

Nous avons totalement passé sous silence les diverses positions religieuses : en effet, question essentielle, le médecin doit-il donner la priorité en tant qu'homme responsable à la sienne propre ou en tant qu'au service d'une technique, à celle de ses interlocuteurs ?

Quoiqu'il en soit, l'attitude de prudence nous semble actuellement :

- le refus de la stérilisation pour convenances personnelles
- l'acception exceptionnelle :
 - . avant 30 ans
 - . si la femme ne totalisera que deux enfants vivants
 - . par intervention isolée
 - . au cours de la deuxième opération césarienne. Cette deuxième intervention étant la seule indication.

Si le médecin propose ou accepte la demande de stérilisation, il devra :

... 1°) présenter suffisamment longuement et clairement au couple, cet acte comme définitif. Dans la mesure du possible, il devra le faire à l'avance, à la troisième consultation prénatale par exemple. En effet, il faut toujours ménager un temps de maturation du problème et non pas, comme trop souvent, attendre

les douleurs de l'accouchement ou " l'anti-chambre de la salle d'opération ".

- ... 2°) Examiner également, les diverses méthodes contraceptives pratiquées ou non.
- ... 3°) Sonder la personnalité du couple par un entretien libre et confiant, et au moindre doute, demander l'avis d'un psychiatre ou psychologue.
- ... 4°) S'assurer de la compréhension et de l'acceptation des conséquences de l'acte par une demande signée par les deux membres du couple.
- ... 5°) Se réserver le droit de ne pas réaliser la stérilisation si, par exemple, au cours d'une troisième césarienne, l'état local ne l'exige pas.
- ... 6°) Rédiger soigneusement son protocole opératoire en précisant clairement, les raisons de cette décision.

Comme on le conçoit aisément, le Gynécologue-accoucheur ressent souvent, devant la stérilisation féminine-chirurgicale, un certain malaise

- *vis-à-vis de lui-même d'abord puisqu'y sont impliquées ses convictions morales et religieuses ,*
- *vis-à-vis du couple également pour qui il éprouve un sentiment d'échec, soit devant la maladie comme tout autre médecin soit devant la contraception, le rôle de l'homme ou l'unité du couple.*

A cette réalité de plus en plus fréquente, il ne peut échapper.

Certains voient dans la stérilisation de l'homme, une partie de la solution. Les problèmes éthiques ne sont-ils pas les mêmes avec un moindre degré d'efficacité. D'autres espèrent beaucoup dans les

prostaglandines : seront-elles utilisables impunément tous les mois et ne provoqueront-elles pas un micro-avortement ?

Tout récemment, WOOD et LEETON proposent une stérilisation par ovariectomie. Cette méthode, qui consiste à enfermer l'ovaire dans un sac en Silastic et à mettre l'ensemble sous le péritoine, paraît à retenir. Si, avec un recul suffisant, elle s'avère efficace, elle nous permettra peut-être d'éviter les conséquences d'un acte qu'on peut souhaiter définitif un jour, mais regretter le lendemain.

BIBLIOGRAPHIE

ADAMS Th.

Female sterilization

... Am. J. Obst. & Gynec., 89 : 395, 1964

ALDRIDGE A. H.,

Temporary surgical sterilization with subsequent pregnancy

... Am. J. Obst. & Gynec., 27 : 741, 1934

ALEXANDER Simon

Psychiatric indications for therapeutic abortion and stérilization

... Clin. Obs. Gyn. , 71, March 64 p. 67

ALFONSIN A. E.

Etude anatomo-clinique de deux cas de reperméabilisation tubaire

... Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1962, 14

ALFONSIN A. E.

Stérilisation tubaire par section-électrocoagulation percoelioscopique des isthmes tubaires. (Technique de Palmer et modifications de Steptoe).

... Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., 37, 3, (147-155), 1967

BAIRD D. & THOMPSON

Follow up of 186 sterilized women

... J. Obst. & Gyn. 1965

BARGLOW P., GUNTHER M. S., JOHNSON A., and MELTZER H. J.

Hysterectomy and tubal ligation : a psychiatric comparison

... Obst. & Gynec., 25 : 520, 1965

BARGLOW P., and EISNER M.

An evaluation of tubal ligation in Switzerland.

... Am. J. Obst. & Gynec., 95 : 1083, 1966.

BARNES A. C., and ZUSPAN F. P.

Patient reaction to puerperal surgical sterilization
... Am. J. Obst. & Gynec., 75 : 65, 1958

BLACK W. P.

Stérilization by tubal ligation. A follow up study
... J. Obs. Gyn. Brit. Comm. 75, 219-224-68

BLANKER C. H., and PEARL J.

Stérilization of women
... Brit. Med. J., I : 566, 1969

BOULWARE T. M.

A discussion on post-partum stérilization
... Am. J. Obs. Gyn. 68 : 1124-28 ; Oct. 54

BOYSEN H., and MAC RAE L. A.

Tubal sterilization through the vagina.
... Am. J. Obst. & Gynec., 58, 488, 1949

BRAI Th., LENOBLE R., et HUBINON P. O.

La stérilisation féminine. Analyse statistique 1961-1966.
.. Bull. Soc. Roy. Bel. Gynec. Obstet., 38 : 97-107, 1968.

BRET et LEGROS

Pathologie du moignon tubaire
... Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1967, 14, 315

CAHIER LAENNEC

Sterilisation chirurgicale de la femme
.. N° spécial, 24 Juin 1964

CHOSSON J., RUF H., et EMRAN J.

Suites éloignées des stérilisations par ligature ou section tubaire.
... Rev. Fr. Gyn. Obst., 61 : 637, 1966

COGNAT M., LYONNET R., et SAINT ARRUMAN J.

Sterilisation tubaire per-coelioscopique ; techniques et avantages
... Lyon Med., 40 : 803, 1969

COSSIER-BOSCH

Etude des stérilisations chirurgicales pratiquées entre le 1.1.67
et le 31.12.67.

... Bull. Soc. roy. Belge Gyn. Obst. 1968-69 93-124

COSSIER B., COSSIER B., COSSIER B.

Une technique de stérilisation tubaire par voie vaginale : l'inter-
position vésico-utérine des trompes.

... Bull. Soc. Gyn. Obst. Fr., 11 : 415-419

DEBRAY J. R.

A propos des problèmes éthiques posés au corps médical par la
stérilisation féminine préventive.

... Sem. Med., 3 (1965), 481-482

DEBRY L. E.

Should hysterectomy replace routine tubal sterilization ?

... Am. J. Obst. & Gynec., 82, : 572, 1961

DELHUMEAU, GROSIEUX, ROUCHY

Maladie de STEINERT et puerperalité

... Sem. Med., 3 (1965), 481-482

DICKINSON R. L.

Sterilization without unsexing ; surgical review, with special
reference to 5820 opérations on insane and feebleminded in
California

... J. A. M. A., 92 : 373, 1929

DOUGLAS

Indications for the sterilization of women

... J. A. M. A., 10 : 3, 1917

EHRLER P.

Anastomose intra-murale de la trompe. Un procédé nouveau de plastie
tubaire pour supprimer les implantations.

... Bull. Fed. Soc. Gyn. & Obst., 17 : 5 bis, 1965 (XXIe Congrès)

EKBLAD M.

The prognosis after sterilization on social-psychiatric grounds.
A follow-up study of 225 women
... Acta. Psychiatrica. Scand., Supplément 161 : 37, 1964.

ENOCH M. D., et al.

Follow up to sterilized women
... Lancet, I : 1247, 1968.

EVANS T. N.

Simplified method for sterilization of female
... Am. J. Obst. & Gynec., 66 : 393, 1953.

EVERS H. H.

Indications for sterilization in women
... J. Gynecol. 185, 1968, 1969.

FAYETTE M.

Répercussions psychosomatiques de la stérilisation chirurgicale
féminine
... Thèse LYON (Pr. MAGNIN) 1971

FORT I., et ALEXANDER M.

Vaginal sterilization by Pomeroy
... Obst. & Gynec., 28 : 3, 424, 1966.

FRANGENEIM H.

Tubal sterilization under visualization with the laparoscope
... Geburtsh. Frauenheilk., 24 juin 1964, 470-473.

GAMBELL :

Legal status of therapeutic abortion and sterilisation in US
... Clin. obst. Gyn. 7, 1, March 64 p; 22

GALULA M.

Quelques aspects de la stérilisation chez la femme
... Thèse PARIS, 21 Dec. 64 (M. LEFAGE)

GARB A. L.

A review of tubal sterilization failures
Obst. & gynec. Surv., 12 : 291, 1957

GEISENDORF W.

La stérilisation chirurgicale de la femme

... E. M. C., 800 A 10, 1965

GEFFRE W.

Failures about Irving method.

... Geburtsh. Frauenheilk., 28 : 796, 1968

GERBER O.

La stérilisation tubaire par voie vaginale. Technique de la Clinique
Obstétricale de l'Hôpital Edouard-Herriot

... Thèse Lyon, 1970, n° 143.

GLARDON B.

La stérilisation chirurgicale féminine.

... Thèse Lausanne (Service Pr. Merz), 1969

GRANJON A., et HUGUIER J.

Techniques opératoires des stérilisations tubaires.

... Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., 14 : 288, 1962

GRANJON A., et LOFREDO J.

... Stérilisation tubaire par triple électrocoagulation sur pince.

Presse médicale., 70 : 469, 1962

GRCSIEUX P., ROUCHY R.

La puerpéralité des grandes multipares.

... Gyn. Obst., 1969, , , ,

HARTEMANN et BRUMME

A propos de la stérilisation tubaire.

... Gyn. Obst., 1969, , , ,

HAYNES D. M., & al.

Tubal sterilization in indigent population. Report of fourteen
years' experience.

... Am. J. Obst. & Gynec., 106 : 1044, 1970

H/... E.

Legal responsibility for unsuccessful sterilization

... Hosp. Manage. 109-13 et SS ; Feb. 70

LANG L. P. :

The implications of a rising female sterilization rate
... Obs. Gyn. Brit. Comm., 75, 972-75, 68

LANGLEY II

Sterilization of women : panel discussion
... Am. J. Obst. & Gynec., 101 : 345, 1968

LAUGHARNE J. R.

Follow up after sterilization
... 1968, 15 June 68

LE J. G., RICHARD J. H., FREETHE W. C.

Tubal sterilization : a review of 1169 cases
... Am. J. Obst. & Gynec., 62 : 569, 1951

LEPAGE F., SUREAU C., & GALULA M.

De la stérilisation chirurgicale à la stérilisation médicamenteuse temporaire.
... Maternité, 13, 87, 1964

LEPAGE F.

La stérilisation chirurgicale de la femme
... Gaz. Med. Fr. 78 N° 4 ; p. 491 - 29 Janv. 71

LEPAGE - HERVET - SUREAU

Indication de la stérilisation tubaire : revue de 114 cas de la Maternité Pinard
... 1968, 14

LEPAGE F., SUREAU C., & GALULA M.

Female sterilization by tubal electrocoagulation under laparoscopy control
... Lancet, 1, n° 7643 : 382, 1970

LOCKART W. E.

Modern sterilization procedures
... Southwest Med J. 408, 109, June 67

LU Th., & CHUN D.

A long-term follow up study of 1 055 cases of post-partum tubal ligation
... J. Obstet. Gynaec. Brit. Comm., 74 : 875, 1967

HUBINONT P. D.

Echec de la sterilisation tubaire selon Pomeroy par reperméabilisation du trajet salpingien

... Bull. Soc. Roy. Belge Gynec. Obst. 38 121-124, 1968

HUSTIN J., et STENDU J.

La ligature des trompes dans une clinique non universitaire.
Exposé des résultats.

... Bull. Soc. Roy. Belg. Gynec. Obstet., 18 : 115-119, 1968

IRVING R. A.

Sterilization of female by coagulation of uterine cornu ;
Preliminary report

... Am. J. Obst. & Gynec., 28 : 96, 1934

IRVING R. A.

A new method of insuring sterility following cesarean section

... Am. J. Obst. & Gynec., 2 : 335, 1924

IRVING R. A.

Tubal sterilization.

... Am. J. Obst. & Gynec., 60 : 1101, 1950

JAMAIN - LETESSIER

Problèmes des ligatures de trompes au cours des césariennes.

... Bull. Soc. Roy. Belg. Gynec. Obstet., 24, 1950-51

JETERSON L. R.

Sterilization : Gray area

... New Med. Materia, 4, 18, 1962

KRISHNAMURTHY

Le comportement sexuel de la femme

... J. Indian Med. Ass., 49, 30-1, July 67

KRISHNAMURTHY

New technique for vasectomy and tubal ligation

... J. Indian Med. Ass., 49, 30-1, July 67

KROENER Jr. W. F.

Surgical sterilization by fimbriectomy

... Am. J. Obst. & Gynec., 104 : 247, 1969

LYONS H. M.

One more method of tubal sterilization
... Surg. Clin. N. Amer., 42 : 1005, 1962

MADLENER M.

... Zbl. Gynäk., 43 : 380, 1919

MAGNIN P. et REBOUL J.

A propos de l'interruption thérapeutique de la grossesse et
de la stérilisation chez les cardiaques.
... J. Med. Lyon, 5 dec. 1956, 867-884

MALHERBE J.

In Médecine et droit moderne
... Masson et Cie 1970, p; 232

Mc ELIN T. W.

Tubal ligation
... Am. J. Obst. Gyn. 97, 479-487, Feb. 67

MERGER

Problèmes juridiques de la stérilisation féminine en fonction
de ses aspects médicaux et sociaux
... in J. C. P. 1963 I 1770

MICHEL-WOLFROMM H.

Gynécologie psychosomatique
... Masson et Cie Ed., Paris 1964, 266p.

MILLER D. P.

Fetal considerations for therapeutic abortion and sterilization
... Clin. Obst. Gyn. 7, 1, March 64 p; 82

MOORE D. W.

Sequelae of tubal ligation, medical and psychological
... Am. J. Obst. & Gynec., 101 : 350, 1968

MOORE J. G. and FLORES H.

Material medical indications for female sterilization
... J. Clin. Obst. Gyn. 7, 1, March 64 p; 82

NEUMANN H., & FRICK H.

Occlusion of the fallopian tubes with tantalum clips.

... Am. J. Obst. & Gynec., 81 : 803, 1961

NICHOLS E. E.

Current practices in female sterilization in the United States :
incidence and methods.

... Am. J. Obst. Gyn. 101, N° 3 345-8, June 68

NODAY

Vaginal tubal sterilization

... Sanfujin Jissai, 18 : 1079, 1969

NORRIS A. S.

An examination of the effects of tubal ligation : theirs implications
for prediction

... Am. J. Obst. & Gynec., 90 : 431, 1964

OVERSTREET E. W.

Techniques of sterilization

... Clin Obst. Gynec., 7 : 109, 1964

OVERSTREET E. W.

Symposium on therapeutic abortion and sterilization

... Clin obs. Gyn. 7, 11-125, March 64

PALMER R.

Essais de sterilisation tubaire per-coelioscopique par électro-
coagulation de l'isthme

... Bull. Fed. Soc. Gynec. Obst., 14 : 298, 1962

PAQUOT E.

Table ronde sur la stérilisation féminine par ligature des trompes.

1968.

... Bull. Soc. Roy. Bel. Gynec. Obstet., 38 : 93, 1968

PARKER J. B.

Psychological aspects of sterilization

... Int. Psychiat. Clin., 4 : 105, 1967

PASRICHA K.

Sterilization by cornual cautery

... Am. J. Obst. & Gynec., 100 : 877, 1968

PHILIPOSE M., and GORPADE K. V.

Medical tubectomy for female sterilization

... Sixth World Congress of Gynec. & Obst., April 1970, n° 97

PIEDELIEVRE R.

Le problème de la stérilisation au point de vue moral

... Ann. Med. Soc. Gyn. Obst., 14 : n° 3, 282, 1962

A propos de la stérilisation par resection et ligature des trompes au cours ou à la suite de l'accouchement

... Rev. Franc. Gyn. Obst. 50, 1-8, 55

PRYSTOWSKY H.

Puerperal tubal sterilization ; report of 1830 cases

... A. A. A. 158, 463, 55

RAURAMO L., and PAAVOLA A.

Sterilization by isthmio tubal resection. A follow-up

... Ann. Gyn. Obst. Finn., 53 : 435, 1964

REVAZ Cl. et NOYER A.

Eléments de pronostic dans la chirurgie de la stérilité tubaire

... Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., 20 : 337, 1968

ROBERT H.

Stérilisation tubaire et indication chirurgicale

... Bull. Soc. Gyn. Obs. 1962, 14 284-6

RUF H.

Echec de la stérilisation tubaire

... Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., 15 : 107, Mars 63

RUCSE P.

Current trends in indications for female sterilization

... Am. J. Obst. Gyn. 101 348-50, June 68

SACHS S. et LACROIX G.

Sequelles gynecologiques de la ligature tubaire post-partum
... Obstet. Gynec. 19 : I, 22-27, 1962

SCHRANK P.

The prevention of failures sterilization interventions.
... Geburtsh. Frauenheilk., 28 : 348, 1968

SIBERT G.

La sterilisation féminine préventive
... Thèse Paris (R. MERGER) 22 Juin 1962

LAGLER A. M.

Laparoscopic tubal sterilization
... Proceedings of the Sixth World Congress of Gynec. & Obst.,
1970, N° 421.

SIKAND

A review of 301 cases of sterilization
... J. Obst. Gyn. India 18 - 108-112, 68

SNODECK J.

Sterilisation tubaire, aspects médicaux et sociaux
... Suppl. Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obs. 31 1961 - fasc 5

TABLE RONDE sur la stérilisation par ligature des trompes

... Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst. 38 - 93 - 124 68

THOMPSON

Follow-up of 186 sterilized women
... Lancet I : 1023-7 68

THOYER ROZAT J., et COUDERC F.

A propos de la stérilisation des trompes par électro-coagulation
de l'isthme sous coelioscopie
... Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., 21 : 11, 1970

UCHIDA H.

Uchida's abdominal sterilization technique
... Proc. Third World Congress Obst. & gynec., I, 26, 1961

WHITACRE F. E.

Time for post-partum sterilization ; report of 150 cases ;
bacteriologic studies on post-partum uterus
... Am. J. Obst. & Gynec., 52 : 1041, 1946

WHITE C. A.

Tubal sterilization. A 15 years survey
... Am. J. Obst. & Gynec., 95, : 31, 1966

WILLIAM G. F.

Tubo-uterine implantation with special reference to reversal of
sterilization.
Lancet., I, : 828, 1969

WILLIAMS G. F.

Follow-up after sterilization
... Lancet, I : 1426, 1969

WOOD et LEETON

Stérilisation par ovariectomie
... Gyn. Prat. 1970-71 N° 4, 299-305

